Carole Fantini-Hauwel
Marie-Christine Gély-Nargeot
Stéphane Raffard

Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante

DUNOD

Carole Fantini-Hauwel
Marie-Christine Gély-Nargeot
Stéphane Raffard

Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante

DUNOD

Conseiller éditorial :
Stéphane Rusinek

Maquette de couverture :
Le Petit Atelier

© Dunod, 2014 et 2020 pour la nouvelle présentation
11 rue Paul Bert – 92240 Malakoff
www.dunod.com
ISBN 978-2-10-080494-8

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).
Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Merci à tous les aînés croisés qui ont su nous faire voir avec leurs yeux ce qu'était vieillir, qui nous ont permis de nous enrichir de leurs expériences et comprendre le vécu de leur vieillesse.

Pardon M. de t'avoir emprunté quelques-unes de tes « étourderies ».

Cet ouvrage est né également d'une amitié réciproque, sous-tendue par des valeurs humaines et de partage ; merci à ceux, présents ou absents, qui nous les ont inculquées.

Merci à ceux, petits, grands et moins grands qui ont fait preuve d'une acceptation sans faille le temps de finaliser cet ouvrage.

Table des matières

Préface XI

Introduction XV

Chapitre 1 Approches psychologiques du vieillissement 1

1. Vieillissement et ajustement 3

1.1 Vieillissement et renoncements : la question du ou des deuils 3

1.2 L'âge subjectif 7

1.3 Vieillissement normal et réussi 10

1.4 Les notions de résilience et de fragilité (« frailty ») 12

2. Approche psychodynamique 14

2.1 Psychanalyse et vieillissement 14

2.2 La question de la valeur psychopathologique de la régression chez le sujet âgé 17

3. Approches développementales « Life Span » (vie entière) 19

3.1 La perspective existentielle 19

3.2 L'approche développementale psychosociale d'Erickson 21

3.3 Les approches centrées sur la régulation des émotions 24

Chapitre 2 Psychopathologie de la personne âgée 37

1. Les troubles de l'humeur 39

1.1 Clinique des troubles de l'humeur 42

1.2 Autres formes cliniques 45

1.3 Démarche diagnostique et évaluation 46

1.4 Prise en charge 50

2. Les troubles bipolaires 51

2.1 Clinique des troubles bipolaires 52

3. Suicides et tentatives de suicide 54

3.1 Clinique du suicide 54

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

3.2 Démarche diagnostique 55
3.3 Prise en charge 56
4. Les addictions du sujet âgé 56
4.1 Clinique de la dépendance à l'alcool 57
4.2 Clinique de la dépendance aux médicaments 58
5. Les troubles délirants d'apparition tardive 59
5.1 Clinique des troubles délirants tardifs 60
6. La confusion mentale 65
6.1 Clinique de la confusion mentale 66
6.2 Démarche diagnostique 68
6.3 Facteurs prédisposants et déclencheurs 69
7. Psychopathologie des troubles démentiels 70

CHAPITRE 3 VIEILLISSEMENT COGNITIF ET NEUROPSYCHOLOGIE DES SYNDROMES DÉMENTIELS 73

1. Vieillissement cognitif normal 75
1.1 Postulats de base 75
1.2 Théories explicatives du vieillissement cognitif 77
1.3 Mémoire 79
1.4 Langage 81
1.5 Capacités visuospatiales 81
1.6 La notion de réserve cognitive 81
2. Plainte mnésique et troubles légers de la cognition 82
2.1 La plainte mnésique 82
2.2 Les troubles légers de la cognition (Mild Cognitive Impairment, MCI) 86
3. Neuropsychologie des syndromes démentiels 89
3.1 La maladie d'Alzheimer (MA) 90
3.2 Les dégénérescences fronto-temporales (DFT) 100
3.3 La démence à corps de Lewy (DCL) 107
3.4 Nouvelle approche : assumer la complexité d'une approche globale et intégrative 111

Chapitre 4 Transitions sociales et psychologiques au cours du vieillissement 115

1. Vieillissement et société : quelle place pour la personne âgée ? 118

La retraite : une nécessaire transition 118

2. La dimension sociale du vieillissement 121

2.1 Les représentations sociales de la vieillesse 122

2.2 Identité individuelle et sociale de la personne âgée 123

3. Stigmatisation, âgisme et préjugés 127

3.1 Stigmatisation 127

3.2 Âgisme et préjugés 128

4. La maltraitance 132

4.1 Abus et négligences 133

4.2 Les victimes, les auteurs de maltraitance 134

4.3 Les causes de la maltraitance 134

4.4 Maltraitance en institution 135

4.5 La maltraitance et la loi 137

Chapitre 5 L'accompagnement des personnes âgées 139

1. L'institutionnalisation 141

1.1 L'entrée en institution 141

2. Les acteurs du prendre soin 143

2.1 Les aidants familiaux 143

2.2 Les aidants professionnels 149

2.3 Rapports entre aidants familiaux et aidants professionnels 151

Chapitre 6 Les pratiques psychologiques auprès des personnes âgées 153

1. Les thérapies interpersonnelles (TIP) 156

2. Les thérapies fondées sur les réminiscences ou rétrospectives de vies 157

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

3. Les thérapies cognitives et comportementales 160
Conclusions 163
4. Les approches centrées sur les troubles cognitifs 163

Conclusion 167
Bibliographie 169
Index des notions 197

Préface

C'est un honneur et un vrai plaisir pour moi de préfacer cet ouvrage. Ce livre ambitieux couvre plusieurs décennies de l'existence, proposant une approche à la croisée de la psychologie du développement, de la psychopathologie et de la neuropsychologie. C'est un livre clairement inscrit dans une approche intégrative et biopsychosociale, indispensable quand les formations de master en psychologie se veulent de plus en plus spécialisées et cloisonnées alors que cette étape professionnalisante de l'enseignement devrait reposer sur la richesse des demandes sociales et la diversité des situations cliniques. Un même professionnel doit être en mesure de saisir l'ensemble des enjeux cognitifs, affectifs et comportementaux pour orienter au mieux et prendre en soin la personne. Cet ouvrage est donc salutaire dans son contenu et l'état d'esprit qui sous-tend son écriture.

Trois spécialistes du vieillissement normal et pathologique ont collaboré à cet ouvrage. Carole Fantini-Hauwel est enseignante et chercheuse en psychopathologie clinique à l'université libre de Bruxelles. Elle travaille sur les déficits du traitement de l'information émotionnelle dans le champ de la maladie somatique et psychiatrique, notamment au cours du vieillissement. Ses travaux visent à comprendre les conditions d'émergence, le développement et le maintien des troubles psychoaffectifs. Plusieurs travaux menés en commun nous conduisent depuis plusieurs années à explorer des paradigmes quantitatifs et qualitatifs au centre desquels l'émotion demeure centrale. Marie-Christine Gély-Nargeot, professeure de psychologie à l'université de Montpellier, est spécialiste en psychopathologie et neuropsychologie du vieillissement. Ses travaux visent à éclairer les changements subjectifs, émotionnels et comportementaux survenant au cours du vieillissement. Ses travaux sur la conscience de soi et des troubles, l'apathie et le fonctionnement interpersonnel et social sont à l'intersection de la psychopathologie fondamentale, de la psychopathologie cognitive et de la neuropsychologie, toujours menés dans une approche transdisciplinaire. Stéphane Raffard, maître de conférences en psychologie à l'université de Montpellier, est spécialiste des facteurs cognitifs, émotionnels, comportementaux et moteurs impliqués dans le vieillissement pathologique ainsi qu'au cours de certaines pathologies mentales. Ses travaux lui permettent de proposer des modèles de réhabilitation psychosociale des troubles mentaux graves et des prises en charge du vieillissement pathologique.

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

L'approche psychologique du vieillissement part volontairement d'une vision très stéréotypée du grand âge, véhiculée par les personnes âgées elles-mêmes en contraste avec une vision hypervalorisée de la jeunesse et surtout de la perfection corporelle. Si les pertes et les deuils sont une part de la réalité, les auteurs s'attachent à relativiser le caractère subjectif de la notion de vieillissement et les craintes associées. Ils questionnent les définitions du vieillissement normal et réussi, introduisent le bien-être et l'acceptation et convoquent les notions de résilience et de fragilité. Les pertes et les deuils sont également analysés par les approches psychanalytiques du vieillissement psychique puis par les approches développementales en psychologie, en particulier le courant existentiel et l'approche psychosociale centrée sur les stades et les crises de vie. La dernière partie de ce premier chapitre est consacrée à la régulation des émotions, chère aux auteurs et particulièrement fructueuse dans le cadre de la psychologie du vieillissement réussi. Les théories motivationnelles et leur intégration au modèle de sélection, d'optimisation et de compensation sont un socle d'explication des modes d'adaptation du sujet âgé associant *coping*, régulation des ressources et des activités, centration sur les valeurs, que vient compléter une perspective différentielle et développementale des émotions.

Le second chapitre pose les bases d'une psychopathologie du sujet âgé, tant il est important de développer des approches spécifiques de la souffrance au cours du vieillissement et de l'abord clinique de la personne âgée souffrante : les formes dépressives, leur évaluation ; les troubles bipolaires puis la problématique souvent sous-évaluée du suicide du sujet âgé. Les troubles psychotiques sont abordés, tant l'expression clinique des troubles psychotiques de l'adulte aujourd'hui vieillissant que les troubles de survenue tardive au cours du vieillissement. La confusion mentale est décrite dans ses implications diagnostiques et de prise en charge, de même que le thème souvent négligé des addictions. Enfin, les troubles neurodégénératifs sont abordés sous l'angle psychopathologique.

Un tel ouvrage ne serait pas complet sans un chapitre totalement dédié au vieillissement cognitif et à la neuropsychologie du sujet âgé confronté à un syndrome neurodégénératif. L'ouvrage documente les fonctions cognitives et leur évolution avec l'avancée en âge. Sont passés ensuite en revue les principaux troubles cognitifs liés au vieillissement dit normal, puis ceux à la frontière du normal et du pathologique : les troubles cognitifs légers. Enfin sont présentés la neuropsychologie des syndromes démentiels avec la maladie d'Alzheimer, ses enjeux de santé publique, ses aspects sémiologiques, les dégénérescences fronto-temporales ainsi que les démences à corps de Lewy dans leurs aspects diagnos-

tiques, neuropsychologiques et comportementaux et les prises en charge existantes pour ces différents syndromes. Pour finir, ces troubles neurodégénératifs sont abordés sous l'angle psychopathologique.

L'avant-dernier chapitre porte sur le vieillissement dans ses dimensions sociales et sociétales. On mesure combien l'hétérogénéité du vieillissement est rétrécie par les représentations sociales largement négatives, les catégorisations réduisant l'individu âgé à ses supposées pertes que nous appréhendons pour nous-mêmes dans l'avenir. Les identités individuelles et sociales du sujet en sont obligatoirement affectées. Les phénomènes de stigmatisation, d'âgisme, de préjugés sont ainsi analysés pour questionner la place des personnes âgées dans la société au rythme des nombreuses transitions existentielles propres à cette large tranche d'âge. La maltraitance est alors abordée car elle constitue l'un des corollaires de l'intégration de l'individu au monde sociétal.

L'ouvrage s'achève par l'accompagnement des personnes âgées souffrantes, à la fois au niveau individuel lorsque la fragilité ou la survenue d'une maladie neurodégénérative rendent nécessaire l'entrée en institution. Mais également du côté des acteurs du prendre soin dont la typologie est brossée. Les modalités particulières de l'accompagnement psychologique sont décrites avec un accent particulier sur les thérapies cognitives, comportementales et interpersonnelles ainsi que les thérapies fondées sur la réminiscence.

Cet ouvrage complet permet au lecteur de disposer d'une vision globale et transdisciplinaire de la personne âgée, considérée individuellement, dans son entourage, dans ses rapports à la pathologie et au monde médical et face aux représentations du vieillissement par la société actuelle. Il fait le point sur l'évolution des modèles explicatifs existants et leur actualité jusqu'aux modèles de régulation émotionnelle actuels, sans négliger les démarches d'accompagnement, de remédiation et de psychothérapie spécifiques du grand âge. Sans conteste il s'agit d'un ouvrage indispensable pour les étudiants de psychologie et plus largement de sciences sociales ainsi que pour les professionnels dans le champ gérontologique.

Pascal Antoine

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

Introduction

S'intéresser à la question du vieillissement nécessite une perspective développementale de la « vie entière » (*life span*), puisque le vieillissement décrit l'avancée dans l'âge de la naissance à la mort. Il s'agit d'un processus qui renvoie à la fois à la décroissance et à la croissance. En effet, au niveau biologique et physiologique, un déclin des capacités est observé, alors qu'au plan psychologique, selon une acception développementaliste, le vieillissement peut être considéré sous l'angle d'une évolution adaptative, qui transcende le registre de la décroissance.

Une première question vient à l'esprit lorsqu'on s'intéresse à un sujet aussi vaste et complexe que celui de la vieillesse : Qu'est-ce que la vieillesse au juste ? Que veut dire être vieux ?

« Vieillesse » et « vieux » sont deux termes à distinguer : le vieillissement désigne un processus, la vieillesse désigne un état qui caractérise toute personne ayant un certain âge. Ils ont en commun d'être polysémiques, la polysémie renvoyant au sens donné à l'âge. De quel âge parle-t-on pour définir la vieillesse ? Des âges de la vie, de l'âge chronologique, de l'âge des maladies, de l'âge social ? Une personne de 75 ans peut se sentir étonnamment jeune et une autre de 35 ans, particulièrement vieille. « Être vieux » est donc différent de « se sentir vieux » ou encore d'« être perçu comme étant vieux », l'âge chronologique intervenant peu dans ce sentiment. C'est la dimension subjective qui prime sur le sentiment individuel d'« avoir l'âge de ses artères » ou non, soulignant aussi la dimension affective du vieillissement.

Qu'est-ce qui vient alors signifier au sujet qu'il est désormais vieux ? Lorsqu'on écoute les personnes âgées, il n'est pas rare de constater qu'elles se sentent vieilles au décours de manifestations somatiques, de fractures osseuses, de chutes, de la perte du conjoint, c'est-à-dire d'événements fréquemment rattachés à la vieillesse mais qui, tant qu'ils n'arrivent pas, ne confrontent pas la personne avec cette réalité. « Le vieux, c'est toujours l'autre. »

Se sentir vieux, être perçu comme vieux renvoient également à la dimension sociale du vieillissement dans la mesure où la personne croît graduellement vers l'autonomie pour décroître progressivement vers des situations de dépendance plus importantes à l'autre. La dimension sociale recouvre également un certain nombre de représentations qui peuvent être ou non caricaturales de la perception du vieux (stigmatisation liée au ralentissement, stigmatisation liée aux rides, etc.) de même

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

que des considérations socioprofessionnelles. En effet, à un certain âge, l'exercice d'une profession peut devenir problématique (mannequins, sportifs professionnels), mais aussi les chômeurs de 50 ans sont considérés comme trop âgés pour exercer une activité.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la définition du vieillissement est la suivante : « processus de changement progressif dans les structures biologiques, psychologiques et sociales de l'individu ». Cette définition a pour mérite de mettre l'accent sur la complexité de ce processus, aux composantes multiples. Ces différents facteurs sont à la fois indépendants tout en interagissant constamment entre eux. Parler du vieillissement ne peut donc faire l'économie de l'aborder selon une approche intégrative tenant compte à la fois des aspects biologiques, sociaux et psychologiques (entendue ici dans une acception qui reprend les dimensions affectives, cognitives et psychosociales),

Chaque facteur ne peut être pris ou entendu isolément, c'est pourquoi l'originalité de cet ouvrage réside dans l'approche intégrative de l'individu, afin de livrer les connaissances essentielles qui éclairent ses modifications subjectives, affectives, émotionnelles et comportementales, liées à l'âge, à la pathologie, au contexte du « vieillir ». Ceci est réalisable grâce au recours à des connaissances issues à la fois de la psychologie clinique, de la psychopathologie, de la neuropsychologie et de la psychologie sociale.

Nous proposerons dans un premier temps d'aborder la complexité du vieillissement par la présentation des principales théories qui permettent de mieux comprendre ce qui concourt à l'ajustement face aux différentes transitions qui marquent le vieillissement. Nous aborderons les différentes conceptualisations liées aux aspects affectifs, identitaires et émotionnels.

Nous traiterons ensuite de la question des troubles psychopathologiques couramment rencontrés chez la personne âgée. Après une rapide présentation du vieillissement psychique seront présentés les principaux syndromes cliniques (dépression, suicide, addiction, etc.).

Nous nous intéresserons ensuite aux modifications du fonctionnement cognitif (troubles mnésiques, etc.) spécifiques à la personne âgée et aux principaux syndromes qui peuvent lui être liés (démences). Toutefois, à côté des conceptions habituelles, nous défendrons une nouvelle approche du vieillissement problématique.

Nous questionnerons les aspects sociaux du vieillissement, notamment au travers des représentations et stéréotypes associés à la vieillesse, pour enfin évoquer les différentes transitions de vie, marquées par les pertes

successives. Nous verrons alors que la manière de négocier ces transitions permet de parler de vieillissement réussi ou de résilience chez le sujet âgé.

Nous conclurons alors cet ouvrage sur la question de la prise en charge des personnes âgées, sur le plan psychologique, institutionnel mais aussi du côté des aidants familiaux, ces questions amenant naturellement celles de la négligence et de la maltraitance.

Chapitre 1

APPROCHES PSYCHOLOGIQUES DU VIEILLISSEMENT

Sommaire

1. Vieillissement et ajustement 3
2. Approche psychodynamique 14
3. Approches développementales « Life Span » (vie entière) 19

1. Vieillissement et ajustement

1.1 Vieillissement et renoncements : la question du ou des deuils

Le vieillissement, s'il est parfois associé à la croissance personnelle, s'avère plus généralement et fréquemment relié aux renoncements et à la perte. L'avancée dans l'âge confronte le sujet à des pertes répétées touchant à la fois le corps (séduction, capacités physiques, etc.), l'image de soi, la mort d'autrui (perte du conjoint, d'un ami, etc.), des fonctions cognitives (déclin mnésique, troubles attentionnels, etc.) et à sa propre mort. C'est ce qui fait dire que le vieillissement confronte « à la perte d'objet, la perte de fonction et la perte de soi » (Ferrey et LeGouès, 2008).

Propos associés aux pertes liées à la vieillesse (Garrigos, 2010)

- « Oui j'ai perdu la santé, j'ai une pile depuis 8 ans. Et puis j'ai perdu le pouvoir de travailler » (Mme X., EHPAD – établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).
- « On n'est plus rien malheureusement, c'est comme ça, c'est pas autrement » (Mme Y., EHPAD).
- « Pour moi la vieillesse, c'est de se retrouver dans un fauteuil roulant. Je ne me vois pas comme ça » (Mme Z., EHPAD).
- « Vieillir, c'est pouvoir se suffire à soi-même » (Mme A., EHPAD).
- « C'est pas quelque chose de beau » (M. B., EHPAD)
- « Il faut l'assumer, c'est très difficile. Chaque jour vous découvrez quelque chose de difficile. J'ai 87 ans mais je ne m'en sors pas trop mal. Je dois pas me plaindre. » (Mme T., SSIAD – services de soins infirmiers à domicile)
- « Je peux pas vous dire des choses très optimistes. Mon sort n'est pas très enviable. La plupart du temps je me déplace en fauteuil roulant. Je vis seule, etc. » (Mme U., SSIAD).

Toute perte, quel que soit son objet, requiert de pouvoir en faire le deuil au risque de compromettre la résilience du sujet. En ce sens, le narcissisme, ciment de l'identité, est mis à rude épreuve au cours du vieillissement, véritable crise identitaire qui impose de faire le deuil de ce que l'on a été. Ce travail de deuil prend naissance dans le fait de se voir vieux à ses propres yeux mais aussi dans le regard de l'autre (Herfray, 1985). Si nous pouvons penser malgré tout qu'il existe une communauté de processus au cours du travail de deuil, la réalité nous montre que le

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

vieillissement se caractérise par des pertes aux objets multiples. Il nous semble alors plus judicieux de parler « des deuils » au pluriel plutôt que du deuil au singulier. C'est pourquoi la question du deuil au cours du vieillissement ne nous semble pas pertinente à envisager de manière unitaire.

Aborder la question « du deuil » impose de faire un retour sur la signification que recouvre ce terme ou plus particulièrement celui de « travail du deuil ». Toute perte fait l'objet de remaniements douloureux visant à la dépasser. Ces remaniements imposent un travail d'investissement de l'objet perdu, puis de désinvestissement : travail intérieur qui a pour objet d'accepter la perte et son irréversibilité.

Le travail du deuil correspond à ces temps d'élaboration nécessaires pour que le sujet puisse advenir. Il ne s'agit donc pas d'une maladie mais bel et bien d'un temps de crise consécutif à une épreuve de vie (Clément, 2009).

Le développement est parsemé de temps de crise qui favorisent le travail du deuil. En effet, chaque crise, qu'elle soit œdipienne, adolescente, de la cinquantaine ou autre, n'est crise que parce qu'il y a quelque chose qui se perd ou doit être abandonné. Le travail du deuil va permettre de reconsidérer ses attentes, ses objectifs, conceptions de soi, de la vie, etc., afin de dépasser cette crise, soit autrement dit de ne pas s'y enliser en vain.

La crise identitaire est bien au cœur de la vieillesse, mettant à mal la question du narcissisme. La vieillesse est un passage incontournable imposant de revoir ses représentations personnelles en termes identitaires mais aussi sociaux, de faire le bilan de ce qui a été et de ce qui n'est plus, de s'engager dans un travail de remaniement (travail du deuil) afin de pouvoir s'engager dans la vieillesse de manière sereine. C'est en ce sens qu'elle peut légitimement être considérée comme une véritable période de crise qui peut ou non être dépassée selon les mécanismes de défense et d'adaptation mis en place.

1.1.1 La perte d'un proche

Quel que soit l'âge, la compréhension de l'expérience du deuil implique de tenir compte à la fois de la profondeur de l'attachement qui sera associée à la réaction émotionnelle face à la perte d'un être cher et notamment du conjoint. La mort du proche signifie l'arrêt des échanges avec l'autre et confronte au vide de la place qui était occupée psychiquement par l'autre. Il n'est par rare dans les générations actuelles de rencontrer des personnes ayant partagé 40 ou 50 ans de vie commune.

Cette existence partagée induit une identification réciproque où il est difficile de définir ce qui relève de soi et de l'autre (l'autre devient une partie de soi, et soi une partie de l'autre). Le Gouès parle alors de l'introjection de l'autre, dont la perte renvoie à une véritable amputation de soi. N'entend-on pas d'ailleurs souvent les personnes âgées se demander ce qu'elles vont devenir et verbaliser l'idée que dorénavant elles sont perdues puisque psychiquement amputées d'une partie d'elles-mêmes ? Par ailleurs, la disparition des proches confronte le sujet à l'idée de sa propre vulnérabilité et que l'heure de sa propre mort n'est pas si éloignée.

Lorsque la perte concerne les parents, la problématique devient différente. Dans ce cadre-ci, les enfants deviennent les « derniers maillons générationnels passeurs d'identité et d'histoires familiales » (Dorange, 2007). Le travail s'articule autour d'une nouvelle responsabilité et accepter l'irréversibilité de ne plus pouvoir se référer à ses aînés.

La question qui se pose est de faire la distinction entre deuil normal et deuil pathologique. Le deuil en effet n'est pas une maladie qu'il convient de traiter dès sa survenue, malgré une pratique répandue en médecine. La perte d'un proche engendre naturellement le travail de deuil. En réaction à la perte, la tristesse est une manifestation rencontrée dans la majorité des cas et a pour fonction de régler le conflit psychique qui s'installe à l'occasion du décès d'un proche. Ce processus a pour but de favoriser l'adaptation à cette nouvelle situation lourde de sens et de conséquences. Un mois après le décès du conjoint, dans 30 à 60 % des cas, il y a installation de troubles de l'humeur qui persistent dans 15 % des cas après deux ans. Dans ce dernier contexte, on parle alors de deuil pathologique. Ainsi, un certain nombre de facteurs de risque de deuil pathologique ont pu être évoqués :

1) Les facteurs antérieurs au deuil tels que : une relation ambivalente, l'existence d'une dépendance à la personne disparue, la présence de deuils répétés, des antécédents psychiatriques (en particulier dépression et tentative de suicide), des troubles de l'estime de soi, etc.
2) Les facteurs liés au deuil lui-même : la proximité familiale avec la personne disparue, la prématurité du décès, les circonstances, l'impossibilité de rituel religieux, etc.
3) Les facteurs postérieurs au deuil : le niveau d'aide sociale, l'isolement familial, le stress, etc.

Le deuil normal s'accompagne de symptômes caractéristiques de la dépression mais la personne reconnaît son état comme étant normal. Une culpabilité inadaptée, des idées de mort ne correspondant pas au souhait d'être mort avec la personne décédée, une dévalorisation

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

morbide, un ralentissement marqué ou encore une altération importante du fonctionnement sont autant d'arguments en faveur d'un deuil pathologique.

La dépression consécutive à un deuil est souvent différée (à la date du décès, du mariage, l'anniversaire) à un moment où la famille est moins présente, le soutien se concentrant généralement dans la proximité immédiate du décès.

1.1.2 La perte de la jeunesse

Vieillir, c'est aussi faire le deuil de la jeunesse alors même que celle-ci est survalorisée. Le corps qui vieillit ne vieillit pas silencieusement. Il modifie irrévocablement l'image de soi et l'image que l'on renvoie aux autres par les transformations extérieures liées au corps (rides, cheveux blancs, postures, etc.). Ces modifications corporelles participent à la prise de conscience de l'avancée en âge. Elles sont en règle générale vécues péjorativement et contribuent à la fragilisation de l'image de soi et à l'acceptation de ce que l'on devient, remettant en cause l'amour et l'investissement de soi. Le vécu péjoratif lié aux modifications physiques est vécu douloureusement car il affecte en particulier le pouvoir de séduction chez les femmes et la puissance physique chez les hommes.

Lorsqu'il fait souffrir, lorsqu'il défaille, lorsque le corps est malade, il s'apparente alors au corps déplaisir. Ce vécu est dépendant des stratégies d'adaptation ou mécanismes de défense que la personne est susceptible de mobiliser pour faire face aux aléas du vieillissement. En effet, une recherche récente (Laugier, 2010) montre que la valence du vécu de la vieillesse n'est pas associée à la présence ou non d'un handicap physique. Ce sont bien les stratégies de faire face ou leurs capacités à tirer du positif de leur situation qui distinguent les personnes âgées handicapées qui ont une représentation positive de leur vieillesse de celles qui en font une expérience douloureuse.

Au-delà de l'aspect physique et corporel, l'âge bouleverse également différentes fonctions. Notamment, l'âge affecte particulièrement le cerveau, organe central sous-tendant la cognition. Il en résulte un ralentissement pyschomoteur et une atteinte de différentes fonctions cognitives dont l'attention et la mémoire seraient les plus vulnérables et donc particulièrement affectées. La prise de conscience d'une diminution de la vitesse et des habiletés idéomotrices implique un renoncement et un travail de deuil en regard des performances antérieures. Par ailleurs, le déclin mnésique confronte à la perte identitaire, à l'oubli de sa propre histoire et à l'angoisse d'être atteint d'une pathologie neurodégénérative.

On peut également dire qu'il en est de même du vieillissement des organes sensoriels et périphériques (baisse de l'audition, de la vue, etc.) qui participent aux difficultés d'adaptation à l'environnement et au retrait quant aux relations interpersonnelles, favorisant le repli sur soi et le sentiment de solitude.

Enfin, la perte de la jeunesse est inexorablement associée à la rencontre avec la mort, impliquant un deuil ultime qui est le deuil de soi. La mort quitte son statut de simple concept et devient totalement appropriée par la personne âgée, qui en fait une affaire personnelle. La mort devient une réalité avec laquelle elle doit composer dans la mesure où il s'agit progressivement de renoncer à la vie. Ce renoncement implique d'accepter de se détacher de la vie, sans la désinvestir pour autant, de manière active et progressive plutôt que de subir la mort de façon passive.

Accepter de vieillir physiquement et intellectuellement met en jeu l'estime de soi et ne peut donc être pensé sans référence aux conditions dans lesquelles l'individu s'est développé et donc sans référence à ses assises narcissiques. Selon la robustesse des assises narcissiques et la faculté à supporter l'incomplétude, la personne âgée exprimera plus ou moins de plaintes (plaintes hypocondriaques, plaintes mnésiques, etc.) soulignant son degré de vulnérabilité psychique.

Comme indiqué en début de cet ouvrage, le sentiment d'être vieux (ou vieille) a peu à voir avec l'âge chronologique, ce qui met ici en exergue l'importance de l'âge subjectif. En effet, à partir de quand s'opère la prise de conscience de ce sentiment (si tant est qu'il y en ait une) ?

1.2 L'âge subjectif

Qui n'a jamais entendu quiconque mentionner qu'il se sentait plus jeune que son âge réel ? Cette perception courante correspond à un concept qui fait l'objet de diverses recherches depuis quelques années : l'âge subjectif (Guiot, 2001).

Le concept d'âge subjectif se définit comme la tendance à se sentir plus jeune ou plus âgé que son âge. L'âge subjectif est donc une évaluation subjective de soi en regard de son propre vieillissement, qui renvoie à la perception de l'âge psychologique, physique et social (Montepare, 1996). Ces trois composantes sont parallèles aux dimensions de base le long desquelles le développement est habituellement décrit. Des échelles d'évaluation de ce que l'on pourrait appeler biais de rajeunissement ou de vieillissement ont été développées soit sous forme unidimensionnelle (âge subjectif global) soit sous forme dimensionnelle (reprenant diffé-

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

rentes facettes telles que celles décrites ci-avant). L'utilisation d'outils renvoyant aux différentes facettes de l'âge subjectif permet d'obtenir des nuances plus fines sur les relations entre l'identité liée à l'âge et d'autres construits.

La majorité des personnes âgées se sentent plus jeunes qu'elles ne le sont (Montepare, 2009 ; Rubin et Berntsen, 2006), c'est ce que l'on appelle le biais de rajeunissement. L'adage « le vieux c'est toujours l'autre » illustre le fait qu'avec l'âge avançant et la confrontation aux stéréotypes liés au vieillissement, se sentir plus jeune pourrait s'apparenter à un mécanisme de distanciation d'avec son groupe de pairs (Weiss et Lang, 2012) ; et ce au travers d'un processus de comparaison sociale de ses propres comportements avec ceux de ce même groupe (Weiss et Lang, 2012). Selon Stephan *et al.* (2012), une perception positive de la santé autorapportée est associée à un âge subjectif plus jeune (bais de rajeunissement) lorsque les participants sont d'âge modéré (50 ans en moyenne) ou avancé (72 ans environ), alors que cet effet modérateur lié à l'âge chronologique n'apparaît pas chez les sujets plus jeunes (28 ans en moyenne). L'évaluation de sa propre santé est donc l'un des facteurs prédictifs importants de l'âge subjectif, alors que l'âge chronologique est un modérateur plus tardif de cette relation.

Globalement, les travaux relatifs à l'impact de l'âge subjectif mettent en avant son rôle modérateur sur différentes dispositions individuelles dans le maintien des fonctions lors de l'avancée en âge (santé physique, psychologique, bien-être, mais aussi mortalité : Stephan et coll.). Plus spécifiquement, parmi les résultats récents et les plus marquants de cet auteur, les travaux menés dans cette perspective ont permis de mettre en évidence la contribution du biais de rajeunissement à la promotion du fonctionnement physique (Stephan, Chalabaev, Kotter-Grühn et Jaconelli, 2013) et au maintien des performances cognitives des personnes âgées (Stephan *et al.*, sous presse). Dans l'ensemble, cette contribution existe indépendamment de l'âge réel. De plus, le rôle des traits de personnalité a été identifié dans l'émergence et le développement d'un biais de rajeunissement tout au long de la vie (Stephan, Demulier et Terracciano, 2012*b*), ainsi que leur rôle compensatoire de l'effet de facteurs de risque de déclin du fonctionnement physique (Jaconelli, Stephan et Chapman, 2013).

Selon Guillaume (2009), le biais de positivité lié au rajeunissement subjectif a un impact significatif sur le fonctionnement des capacités attentionnelles et mnésiques. Il se traduit par des modifications du traitement émotionnel qui affecte la cognition. Les travaux de Baumeister *et al.* (2001) ont montré que les événements négatifs produisaient plus d'émotions, avaient des effets plus importants sur les mesures d'adap-

tation, et des effets plus durables. Chez les sujets jeunes, les émotions négatives impactent davantage la cognition que les émotions positives. Elles sont traitées de manière plus approfondie, induisent une augmentation des capacités attentionnelles qui favorise la mémorisation des stimuli négatifs. À l'inverse, les sujets âgés prêtent d'avantage attention aux stimuli positifs qu'ils traitent de manière plus automatique, mais aussi durable et avec une meilleure conservation des items positifs.

Plus généralement, l'âge subjectif est associé au vieillissement réussi (Kotter-Grühn, Kleinspehn-Ammerlahn, Gerstorf et Smith, 2009). Selon Westerhof, Barrett et Steverink (2003), la santé subjective et fonctionnelle est associée à une tendance au rajeunissement alors que la tendance inverse augmenterait le risque de mortalité. Par ailleurs, se sentir plus jeune que son âge réel prédit une meilleure préservation des capacités fonctionnelles et moins de symptômes dépressifs (Spuling, Miche, Wurm et Wahl, 2013). Une des questions importantes réside dans les processus ou construits sous-jacents qui opèrent pour expliquer les effets de l'âge subjectif sur la santé et le bien-être. Il est en effet plus probable que cet effet soit médiatisé par d'autres construits et donc indirect car promouvant des attitudes ou comportements relatifs à la santé (Spuling *et al.*, 2013). Toutefois, si le fait de se sentir plus jeune ou plus vieux influe sur les comportements de santé, une des questions qui se pose est de savoir ce qui engendre les biais de rajeunissement ou de vieillissement. Notamment, étant entendu que ceux-ci sont étroitement liés à un processus de comparaison sociale, il est fort probable que l'autoévaluation de son état physique, mnésique ou psychique joue un rôle essentiel dans la construction de l'identité liée à l'âge. En effet, l'âge subjectif peut être envisagé comme une conséquence de la comparaison de son propre fonctionnement à celui que l'on imagine en référence à son groupe de pairs. Les résultats de l'étude de Stephan *et al.* (2012) vont dans ce sens et suggèrent par ailleurs que se sentir plus jeune pourrait modifier les performances et certains comportements notamment par un renforcement du sentiment d'autoefficacité. En effet, induire une diminution de l'âge subjectif *via* une manipulation expérimentale fondée sur le processus de comparaison sociale améliore les performances sur une épreuve de mesure de la force de préhension ; amélioration qui ne se produit pas dans un groupe contrôle dont l'âge subjectif n'a pas été amélioré. Ceci souligne bien l'importance de la perception de ses propres compétences ou méta-représentation de soi.

De plus, selon Alaphilippe (2008), plus les sujets âgés ont tendance à se rajeunir, plus ils améliorent leurs qualités d'adaptation, de satisfaction de vie, de bien-être, de santé, qui ont en commun de dépendre de l'estime de soi développée tout au long de la vie. Dans la même perspective, il est

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

souvent saisissant de se rendre compte que c'est un événement que nous pouvons associer à la question de la perte ou qui renvoie à celle-ci (en lien avec la santé, la mort ou autre) qui vient faire prendre conscience à la personne qu'elle est entrée dans la vieillesse.

Entrée dans la vieillesse du point de vue de résidentes en EHPAD (Lambert-Laugier, 2010). Question posée : qu'est-ce qui vous a fait prendre conscience que vous étiez entrée dans la vieillesse ?

- « Je suis tombée, les jambes m'ont lâchée et quand je suis tombée, je me suis fait mal. J'ai perdu l'équilibre, je suis tombée par terre, je me suis relevée comme j'ai pu et je suis retombée contre le frigo. Alors tout ça, ça s'oublie pas, on se dit qu'on est vieux » (Mme A.).
- « J'étais très gaie, j'aimais faire des tours, je faisais des blagues et là, tout s'est arrêté » (Mme B.).
- « À la mort de mon mari, en 1992, je me suis dit pour moi la vie de femme est terminée » (Mme C.).

1.3 Vieillissement normal et réussi

Les représentations négatives du « vieillir » contribuent à nourrir les craintes qui sont généralement reliées à cet inéluctable phénomène. Pour autant, si la conception du vieillissement tend à être associée à un déclin des capacités physiques, des capacités cognitives, ou encore à de plus grandes difficultés à s'adapter aux changements, il est des sujets âgés qui ne correspondent guère à ces clichés, et qui semblent montrer au contraire des aptitudes bien meilleures l'âge avançant. Le terme « résilient » qui désigne habituellement des sujets jeunes pourrait tout à fait s'appliquer à des sujets âgés qui réussissent à vivre de manière satisfaisante tout en continuant d'évoluer malgré les épreuves difficiles, en mobilisant de manière efficace leurs ressources personnelles.

Des études ont été menées pour tenter d'identifier les facteurs qui contribuent à un vieillissement satisfaisant. Si le niveau social est peu impliqué, le niveau d'instruction par les possibilités de maîtrise ou de contrôle qu'il permet semble être important dans l'évolution du vieillissement des sujets (Vaillant, 2002 ; Vaillant et Mukamal, 2001). Il en est de même lorsque l'on considère la fréquence et la qualité des liens sociaux, l'absence de troubles sensorimoteurs gênant l'autonomie, et surtout le style de vie (Baltes et Lang, 1997 ; Berkman et Breslow, 1983 ; Vaillant, 2002).

Les recherches actuelles semblent montrer l'existence d'une grande hétérogénéité dans les parcours de vieillissement des sujets, ce qui donne alors du sens à la distinction opérée entre différents types de vieillissement :

Le vieillissement normal (Rowe et Kahn, 1987, 1997) caractérise les sujets qui vieillissent sans connaître de maladies spécifiques, les troubles rencontrés étant liés à l'âge. *Le vieillissement pathologique* désigne quant à lui toute évolution du sujet marquée par l'apparition de maladies ou de handicaps. *Le vieillissement réussi* est un terme issu de la traduction anglo-saxonne de *successful aging*, qui renvoie surtout à l'épanouissement personnel et qui trouve une interprétation peu satisfaisante dans le terme « réussi ». Les premiers travaux dans ce domaine se sont attachés à définir des critères de vieillissement réussi. Selon la théorie du désengagement (Cumming et Henry, 1961), le vieillissement réussi était défini comme la capacité à se désengager de la vie active afin de se préparer à la mort. À l'opposé de ce modèle quelque peu fataliste, Havighurst *et al.* (1963) ont suggéré que le vieillissement réussi pouvait être considéré comme le maintien des activités et des attitudes déjà présentes dans le milieu de vie de façon à maintenir un sens positif de soi (Havighurst, 1961). Toutefois, ces deux théories ne rendent pas compte de la grande hétérogénéité rencontrée dans les populations vieillissantes et à fortiori des situations de handicap, pour ne citer que celles-ci, qui ne permettent pas forcément un maintien des activités précédentes. Plus récemment, l'importance de la satisfaction avec la vie a été soulignée mais aussi la prise en compte du besoin de croissance qui se poursuit tout au long de la vie (Ryff, 1989). Dans cette perspective, l'acceptation, les relations positives à autrui, l'autonomie, le contrôle de son propre environnement, les buts personnels ainsi que le développement de soi sont les dimensions essentielles qui contribueraient à un mode de fonctionnement satisfaisant lié à l'âge (Ryff, 1989). Afin de promouvoir et de consolider les connaissances et les pratiques liées au développement du vieillissement réussi, Rowe et Kahn (1998) ont synthétisé l'ensemble des résultats d'études dédiées au *successful aging*, proposant alors une des conceptualisations les plus utilisées à l'heure actuelle dans ce domaine. Le vieillissement réussi serait défini comme l'évitement des maladies et du handicap, le maintien des activités physiques et cognitives ainsi que l'engagement dans des activités sociales et productives. Ces dimensions font partie d'un système plus global et se trouvent en interrelation les unes avec les autres. Par exemple, maintenir un bon niveau d'activités cognitives crée des conditions favorables au maintien de l'engagement dans la vie sociale. Ces dimensions permettent alors de décrire des forces et des faiblesses au sein de ce système tout

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

en tenant compte à la fois des caractéristiques individuelles mais aussi contextuelles. Plus récemment, le modèle de Rowe et Kahn a été révisé, ajoutant la dimension de spiritualité positive (Koenig *et al.* 2000), celle-ci étant impliquée dans l'ajustement aux difficiles circonstances de vie telles qu'une mauvaise santé ou le handicap chronique (Crowther, Parker, Achenbaum, Larimore et Koenig, 2002). Toutefois, l'ensemble de ces propositions n'est pas exempt de critiques : les deux principales d'entre elles soulignent une définition critérielle ancrée dans la culture, l'histoire et les idéaux des sociétés occidentales, négligeant les multiples formes de vieillissement réussi, et négligeant les processus sous-jacents (Ouwehand, de Ridder et Bensing, 2007). En effet, plutôt que de décrire ceux qui ont vieilli de manière satisfaisante, il semble intéressant de se pencher sur les processus qui concourent au bien-être en lien avec le vieillissement d'une part (ce que proposent Baltes et Baltes avec le modèle de sélection-optimisation-compensation qui sera décrit plus bas) et, d'autre part, qu'en est-il des personnes âgées invalidées par le handicap ou par une autonomie réduite ? Celles-ci se trouvent-elles irrémédiablement exclues du vieillissement réussi ? Les âgés qui vivent des situations de handicap ou de maladie ne rapportent en effet pas toujours leur sentiment d'échec (Cernin, Lysack et Lichtenberg, 2011 ; Montross *et al.*, 2006). Outre l'importance du maintien de la santé et de l'autonomie, ces personnes soulignent l'importance du domaine subjectif et notamment celle de l'acceptation du vieillissement et du bien-être émotionnel comme modérateur du déclin somatique (Laditka *et al.*, 2009). Récemment, il est apparu que c'était la dimension d'acceptation ou de rejet de la nouvelle réalité que confère le vieillissement lorsqu'il s'accompagne de troubles fonctionnels, de handicap ou de maladie chronique, qui était révélatrice du vieillissement réussi ou non (Romo *et al.*, 2012).

Pour conclure, l'acceptation du vieillissement avec ses aléas et la capacité à maintenir la satisfaction des besoins psychologiques, qui supposent la capacité de réorienter ses buts de vie, le recours à une accommodation en regard des difficultés ou handicaps existants par opposition à une tentative d'assimilation, sont des éléments majeurs qui favorisent un vieillissement « réussi » ou satisfaisant.

1.4 Les notions de résilience et de fragilité (« frailty »)

La notion de résilience recouvre deux phénomènes. Il s'agit à la fois du processus dynamique qui permet l'adaptation positive de l'individu en fonction des contraintes personnelles et environnementales mais aussi du produit ou résultat de ce processus.

Cyrulnik en propose la définition suivante : « La capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement accep-

table, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative » (Cyrulnik, 1999). Ce qui distingue la résilience des stratégies de *coping* est qu'outre la composante d'ajustement qui implique le recours aux stratégies de faire face, l'individu doit être suffisamment résistant pour continuer à se développer par-delà les situations traumatiques dont il fait l'expérience (Anaut, 2003).

Chez la personne âgée, les clés de la résilience se situeraient dans la gestion de l'affect et du sens donné à l'expérience vécue, expérience narrative pour le sujet qui se raconte et raconte aux autres, témoignant alors de l'organisation de cette expérience en un tout cohérent et surtout inscrit dans la continuité. Par ailleurs, la résilience renvoie également à la question des mécanismes de régulation émotionnelle ou des mécanismes de défense que les sujets âgés utilisent (voir *supra* : le vieillissement réussi).

Le concept de fragilité est en plein essor dans le domaine de la gériatrie et s'oppose au concept de résilience. Ce terme a été introduit dans les années quatre-vingt-dix, définissant « l'âgé fragile » comme celui de plus de 65 ans ne pouvant vivre sans l'aide des autres compte tenu de l'existence de pathologies multiples. Cette définition particulièrement large risquait fort de concerner une grande majorité des personnes de plus de 65 ans. La définition la plus usitée actuellement est la suivante : « la fragilité représente un état de vulnérabilité physiologique résultant d'un déficit de la réserve homéostatique et une capacité réduite à résister au stress » (Walston et Fried, 1999). La présence d'au moins trois des critères suivants suffit à évoquer la fragilité chez le sujet âgé : perte de poids involontaire, faiblesse musculaire, faible résistance, vitalité réduite, ralentissement et réduction des activités physiques (Fried *et al.*, 2001).

Est résilient celui qui fait face à la maladie, à l'adversité, qui « résiste sans se rompre » (Meire, 2000) alors que la notion de « fragilité » renvoie quant à elle à la diminution des réserves physiologiques, associée à l'âge, qui conduirait à des conséquences négatives en termes de santé. En dépit de l'absence de consensus sur une définition de la fragilité, beaucoup s'accordent sur les conséquences de celle-ci en termes de santé et sur les stratégies utilisables par les personnes âgées pour en réduire l'apparition, de même que sur les conséquences collatérales : celles impliquant les familles, les aidants ou soignants.

Si la fragilité est un prédicteur pertinent du risque de troubles liés aux chutes fréquentes chez les sujets âgés, mais aussi des risques d'institutionnalisation ou de mortalité, l'aspect péjoratif de la fragilité ne s'exprime pas uniquement sur le plan somatique. Il a notamment été mis en évidence qu'elle constituait également un facteur de risque dans l'apparition des troubles cognitifs et dans l'augmentation du risque de démence de type Alzheimer (Buchman, Boyle, Wilson, Tang et Bennett,

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

2007 ; Ferrucci *et al.*, 2004). Les mesures de fragilité physique (*physical frailty*) seraient alors susceptibles d'aider à l'identification des personnes à risque de présenter des troubles cognitifs (Boyle, Buchman, Wilson, Leurgans et Bennett, 2010). Cependant les liens physiologiques qui unissent troubles cognitifs, fragilité physiologique et démences ne sont pas connus mais l'existence de ceux-ci suggère néanmoins une communauté de processus dans leur pathogénèse.

À côté d'une définition médicale de ce qu'est la fragilité, quelques études se sont intéressées au point de vue des personnes âgées concernant leur vision de ce que peut être la fragilité. Les résultats sont intéressants en ce qu'ils contrastent parfois avec les définitions données par le corps médical ou scientifique : les personnes interrogées définissent la notion de fragilité de manière moins large que celle des professionnels. Elles reconnaissent la perte de poids, une diminution des capacités cognitives, des capacités visuelles et auditives, un faible sentiment de maîtrise sur ce qui leur arrive ainsi qu'une humeur dépressive, comme étant des critères significatifs de la fragilité. La faiblesse musculaire, la diminution des activités physiques ou encore l'incontinence sont des éléments qui n'ont jamais été mentionnés pour définir cet état.

Les personnes concernées par la fragilité pensent que maintenir une activité physique, adopter un style de vie sain et adopter des stratégies de prévention peut différer la survenue du déclin. Par ailleurs, la définition de la fragilité, du point de vue des personnes interrogées diffère sensiblement en regard du genre. Les hommes mettent plutôt l'accent sur la dimension physique associée à la fragilité au travers de la dépendance, les limitations fonctionnelles ou l'impact des pathologies chroniques. Les femmes en revanche sont plus sensibles à l'impact psychosocial, celles-ci mentionnant la solitude ou encore l'humeur « cafardeuse ». Si les définitions de la fragilité semblent se limiter aux aspects physiques, il semblerait que pour les personnes âgées, les aspects psychosociaux et émotionnels soient signifiants, ce qui inciterait à étendre les définitions actuelles à ces domaines.

2. Approche psychodynamique

2.1 Psychanalyse et vieillissement

À quel moment pouvons-nous parler de vieillissement ? À partir de quand pouvons-nous dire qu'un sujet vieillit ? Il est bien difficile de borner cette période tant cette question du vieillissement s'inscrit dans un processus variable selon les individus et leurs capacités de remanie-

ment psychique nécessaires à l'acceptation et au dépassement de la crise que le vieillissement ne manque pas de provoquer (Jaques, 1997). La référence à la psychanalyse pour penser le vieillissement imposait une réflexion à la fois sur l'aspect praxéologique et l'insertion du phénomène de vieillissement dans une théorie élaborée en référence à l'infantile. Freud considérait que les processus psychiques chez les personnes âgées n'étaient plus suffisamment souples ou « éducables » pour que l'analyse puisse être envisagée dans ces populations, sans compter que l'analyse lui paraissait interminable eu égard au nombre des expériences vécues chez les sujets d'âge avancé (Freud, 1904). Cette position est plus marquée encore chez Ferenczi qui, bien que mettant l'accent sur le phénomène de régression narcissique du sujet vieillissant, n'en est pas moins aussi négatif que son prédécesseur. L'adoption d'attitude infantile (régression) ainsi que la perte d'intérêt pour autrui sont autant de témoins du réinvestissement de la libido sur le moi : « Les gens âgés redeviennent comme des enfants, narcissiques, perdent beaucoup de leurs intérêts familiaux et sociaux, une grande partie de leur capacité de sublimation leur fait défaut, ils deviennent cyniques, méchants et avares » (Ferenczi, 1974).

C'est sous l'impulsion de Karl Abraham que la prise en charge psychanalytique des sujets vieillissants sera reconsidérée, rendue possible à la condition que les thérapeutes fassent preuve, eux, de souplesse et d'adaptation (Abraham, 1920). En effet, ça n'est pas au sujet de s'adapter à son thérapeute mais bien l'inverse. La psychanalyse « peut être pertinente et efficace à condition que les psychanalystes se soient débarrassés de certains dogmes stériles qui paralysent l'exercice de la pratique au service du patient. Ce n'est pas en se posant comme sphinx énigmatique et silencieux et en laissant le vieil Œdipe désemparé chercher seul la réponse » (Blanché, 2007).

Plus récemment, les positions argumentées dans les ouvrages de Le Gouès (1991) et Charazac (2012) ont eu pour effet de créer une rupture épistémologique et de reconnaître la psychanalyse de la vie tardive.

L'autre question que posait l'abord du vieillissement du point de vue psychanalytique a longtemps animé ses principaux partisans : est-ce que le vieillissement pouvait faire l'objet d'une réflexion psychanalytique ?

La théorie psychanalytique propose des modèles psychopathologiques ancrés dans les avatars de l'infantile, la structure du psychisme prenant racine dans l'enfance. Penser que les manifestations psychologiques ou psychopathologiques prennent naissance dans l'infantile revient alors à ramener la psychopathologie du sujet âgé à celle du sujet tout venant (Gagey, 1989) et ainsi nier les aspects spécifiques de l'âge et du vieillissement. Or la question d'une psychopathologie spécifique du sujet âgé apparaît pourtant pertinente puisque le vieillissement s'accompagne de profonds remaniements liés à la question de la perte, faisant dire à

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

Pierre Marty que « Le vieillissement, c'est un problème économique » (Dedieu-Anglade, 2009).

D'autre part, un deuxième aspect théorique et non des moindres concerne ce qui vieillit précisément, dans une acception psychanalytique, chez les sujets âgés. Comment penser le vieillissement dans une perspective psychanalytique qui n'a de cesse d'investiguer l'inconscient en tant que concept organisateur de l'ensemble de cet édifice alors que par définition cet inconscient est intemporel ? Il semblerait que le concept fédérateur qui permette de penser le vieillissement soit celui de deuil.

Vieillir, c'est en effet faire face au deuil de l'image corporelle, de l'identité socio-professionnelle, des proches et donc faire face à toute une succession de ruptures et de pertes nécessitant investissements, désinvestissements, et contre-investissements (Célérier, 2001).

Faire le deuil de son « immortalité » est probablement un des deuils les plus difficiles à faire. En effet, le vieillissement psychique est un phénomène progressif qui apparaîtrait à partir du moment où l'individu est renvoyé à sa propre finitude, mettant en cause le fantasme d'éternité (ce fantasme se traduit par l'idée que la mort n'arrive qu'aux autres). Cette prise de conscience est l'occasion d'un conflit entre les instances psychiques puisque le moi reconnaît le déclin, le vieillissement, alors que le ça par définition est intemporel. L'utilisation des métaphores pour décrire le vieillissement est une pratique ancienne pour décrire les différentes positions quant au vieillissement. Celle du plan de vol d'un avion illustre parfaitement la théorie du vieillissement psychique que Le Gouès propose : « Si nous assimilons l'enfance et la jeunesse à la pente de montée, l'âge adulte au vol en palier, la pente de descente pourra représenter le temps qu'il faut pour rejoindre le sol… Toute la question consiste à savoir quand et dans quel état » (LeGouès, 2001).

L'existence d'un retournement des croyances, idéaux, valeurs et attitudes (Jung, 1976) d'une réorganisation des forces psychiques (LeGouès, 2000), au moment où la mort n'est plus une représentation qui concerne l'autre, mais bel et bien une représentation qui s'inscrit dans la réalité personnelle du sujet, semble être une position commune aux différentes positions psychanalytiques.

Modifier ses croyances, valeurs, attitudes, entrevoir sa propre finitude et celle des autres placent cette question du deuil au cœur de toute réflexion. Le deuil, l'investissement et le réinvestissement qui permettent d'organiser les théories psychopathologiques psychanalytiques interrogent alors de manière sous-jacente la question de l'attachement aux objets libidinaux.

« L'individu navigue entre perte et attachement, perte et nouveaux liens » (Blanché, 2007). L'attachement ouvre également une autre perspective psychopathologique intéressante. Le soubassement de toute structure psychique est lié à l'attachement à des objets stables (attachement primaire) et c'est au cours du vieillissement que le moi ferait retour à cet attachement primaire (Bianchi, 1989). L'attachement secondaire est quant à lui issu des remaniements liés au complexe d'Œdipe, c'est-à-dire de la séparation des aspects tendres et érotiques de la libido qui conduit à envisager l'attachement comme n'étant pas inconditionnel c'est-à-dire que les objets d'attachement sont alors envisagés comme étant substituables. Le maintien d'un attachement inconditionnel tendrait à mettre en évidence un défaut dans la renonciation œdipienne, et donc aboutirait à un deuil impossible. Finalement, la crise œdipienne doit aboutir à la possibilité d'investir, de désinvestir et de réinvestir les objets. La nécessité de maintenir des liens d'attachement ne se réduit pas avec le temps. Seul le défaut d'objet à investir peut mettre un frein à l'attachement et, l'âge avançant, la probabilité de ce défaut augmente.

Le Gouès (2000) établit une distinction entre adulte vieillissant, adulte vieux et vieillard

L'adulte vieillissant est celui qui prend conscience qu'il est arrivé à mi-parcours de sa vie et que le temps qui reste est plus court que celui vécu. Cette période peut s'accompagner de dénégation, de déni ou de refoulement. Il n'y a qu'à observer autour de soi le nombre de personnes d'un certain âge se vêtir et se conduire comme de jeunes adultes voire de jeunes adolescents ! L'adulte vieux est celui qui a déplacé ses investissements vers d'autres activités. Le vieillard est celui qui a subi une perte importante de ses capacités physiques et psychiques, et qui est inscrit dans le temps présent car la projection dans l'avenir le renvoie à la mort. Le vieillard malade est celui qui souffre d'une maladie somatique, maladie qui « ajoute à l'usure du temps ». Cette classification est sous-tendue par un abord thérapeutique différent qui pose que le traitement des adultes vieillissants diffère considérablement de celui des vieillards par exemple.

2.2 La question de la valeur psychopathologique de la régression chez le sujet âgé

La régression narcissique n'est pas toujours considérée comme un phénomène pathologique. Le retour de la libido sur les objets internes lorsque les objets externes défaillent permet de soutenir l'identité et de limiter sa désagrégation. Péruchon parle de régression narcissique positive

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

y compris en contexte pathologique (Péruchon, 2004) ; régression qui soutiendrait alors le narcissisme mis à mal au cours du vieillissement. Cette régression positive se voit lorsque les personnes âgées ne parlent que d'elles-mêmes, de leur histoire, s'enferment dans leurs souvenirs, etc. Cette notion est assez proche de celle de régression fonctionnelle qui désigne un retour à une modalité de fonctionnement antérieure à valeur adaptative. Ce mouvement de retour est réversible, le temps de trouver une solution satisfaisante au conflit que l'individu traverse.

Dans les contextes pathologiques, au cours des démences par exemple, il n'est pas rare de rencontrer des idées délirantes portant sur la filiation, ou des troubles de la reconnaissance des proches. Quelle pourrait donc être la fonction de ces symptômes si ce n'est de donner l'illusion que l'identité subsiste encore, sorte de dernier rempart face au néant ?

La régression narcissique s'apparenterait alors à un mécanisme de défense dont l'efficacité serait plus forte que la solution hypocondriaque adoptée par certains sujets qui n'expriment plus que plainte liée au corps, celui-ci étant alors pris pour objet dans la régression.

Dans les cas extrêmes, la libido ne trouve rien à investir, le désinvestissement ne trouvant alors aucun frein. Ce désinvestissement massif permettrait d'éviter les représentations sources de douleur, en bloquant le fonctionnement du système préconscient laissant alors apparaître un vide psychique (Thomé-Renault, 1994).

L'impact du traumatisme chez le sujet âgé trouve un modèle conceptuel pertinent au sein des théories psychosomatiques où finalement l'excitation générée par le traumatisme peut s'écouler selon 3 voies : psychique dans le meilleur des cas, comportementale ou somatique.

Le syndrome de glissement pourrait illustrer ce phénomène où rien ne semble arrêter la régression, mouvement contre-évolutif de désorganisation sous l'emprise des pulsions de mort. Le syndrome de glissement se caractérise par une anorexie, un repli massif, une dénutrition, un refus de soins, un manque d'hygiène, donnant l'impression d'un impossible investissement objectal. Ce syndrome fait souvent suite à un événement traumatisant, désorganisateur, qui peut être un deuil, une chute, une maladie, etc. et dans 80 à 90 % des cas, les sujets décèdent rapidement (Weimann-Péru et Pellerin, 2010).

Ces conclusions laissent entendre une faible influence des facteurs environnementaux d'une part et étayent l'idée qu'à l'âge adulte la personnalité est immuable. Or ces conceptions s'opposent aux approches « vie entière », actuellement les plus reconnues, qui prônent un développement continu tout au long de la vie.

3. Approches développementales « Life Span » (vie entière)

Si le découpage proposé ici ne semble pas des plus orthodoxes, nous avons souhaité regrouper les différentes théories ci-après parce qu'elles ont en commun de s'intéresser à une conception vie entière.

Ces approches proposent une façon de voir le vieillissement inscrite dans la perspective du développement continu de l'être humain. En cela, elles s'opposent à celles qui prônent un déterminisme de la personnalité circonscrit à une période figée, comme c'est le cas dans la théorie freudienne.

3.1 La perspective existentielle

La perspective existentielle met l'accent sur la signification ou le sens personnel attaché aux événements de vie qui jalonnent l'existence (Frankl, 1963 ; Frankl, Crumbaugh, Gerz et Maholick, 1967). Dans le cadre du vieillissement, le sens personnel promouvrait la promotion de la santé et le vieillissement réussi. C'est la « reconnaissance, dans son existence, d'un ordre, d'une cohérence et d'une intention, la poursuite et l'atteinte de buts auxquels on attache de la valeur et un sentiment concomitant d'accomplissement » (Reker et Wong, 1988). La théorie du sens personnel (*Personal Meaning*) allie trois aspects importants :

1) la composante cognitive, qui renvoie aux croyances et aux interprétations de l'individu sur son monde personnel tel qu'il le perçoit. Cette composante permet de donner un sens aux expériences par l'attribution d'une signification particulière aux événements, aux activités personnelles et à la vie dans son ensemble.
2) La composante motivationnelle renvoie à la poursuite et à la réalisation des buts personnels qui sont congruents avec les valeurs subjectives, les besoins et les désirs de l'individu.
3) La composante affective renvoie aux sentiments d'accomplissement et de satisfaction qui surviennent lorsque l'individu a la conviction que sa propre vie vaut la peine d'être vécue.

Ces trois facteurs définissent un système de représentations qui résulte à la fois des activités du sujet, activités influencées par son histoire, sa personnalité et ses valeurs, mais aussi de l'expérience que l'individu fait de lui-même, des autres et du monde. Le sens personnel pourrait être alors défini comme la construction d'un système cognitif individuel

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

ancré dans les valeurs et qui permet de considérer la vie comme étant satisfaisante et personnellement signifiante.

L'aménagement ou les modifications du sens existentiel auraient un rôle régulateur et adaptatif important face aux événements de vie stressants et difficiles, et notamment chez les sujets âgés confrontés à la retraite, à la perte d'autonomie. En effet, attribuer du sens permet de maintenir son intégrité face à des événements traumatiques qui viennent rompre la continuité d'être. Selon Wong (1989), l'individu fonctionne comme « un scientifique et un philosophe naïf » pour faire face aux crises de la vie. Il produit des attributions causales qui lui permettent de prédire et de contrôler les événements futurs alors que les attributions existentielles permettent de trouver du sens et une raison à la souffrance. Le sens personnel est un élément majeur qui concourt au développement personnel et à la satisfaction dans les phases plus tardives de la vie. Ceci est d'autant plus prégnant que plusieurs sources de significations personnelles, telles que le travail, le statut social ou la recherche de réussite sont menacées ou réduites avec l'avancée en âge, rendant alors ce processus crucial pour l'adaptation, particulièrement lorsque le vieillissement s'accompagne de handicaps ou de pertes. L'acceptation existentielle serait ainsi bien plus adaptative chez les personnes vieillissantes que la recherche de contrôle personnel (Schulz, 1986). Les personnes au vieillissement réussi montrent une plus grande propension à accepter les faits qui ne peuvent être modifiés et sont plus enclines à attribuer du sens et une raison à des événements de vie indésirables (Wong, 1989). Les processus qui permettent le développement du sens personnel chez les personnes vieillissantes sont multiples avec notamment la réminiscence, l'engagement ou l'optimisme (Wong, 1989 ; Wong et Watt, 1991). *La réminiscence*, qui consiste à revoir l'ensemble de sa vie, à résoudre des conflits non résolus et à les intégrer dans un contexte signifiant serait une composante essentielle à la santé mentale chez les sujets âgés (Birren, 1964 ; Birren et Renner, 1980). Cependant, les évidences empiriques sont inconsistantes, certaines études montrant un effet bénéfique sur la satisfaction ou la dépression alors que d'autres n'observent aucune diminution en ce qui concerne les troubles de l'humeur, ni aucune augmentation du niveau d'estime de soi (Revere et Tobin, 1980). Cette inconsistance pourrait être liée à l'absence de prise en compte du type de réminiscence. En effet, il est des réminiscences adaptatives qui se caractériseraient par leur valeur intégrative, instrumentale, et d'autres de nature plus obsessionnelle ne facilitant pas ce travail d'intégration (Wong et Watt, 1991) ; réminiscences qui ne sont pas sans rappeler les ruminations mentales (Nolen-Hoeksema, Wisco et Lyubomirsky, 2008). *L'engagement*

peut être vu comme la consécration à des tâches particulièrement signifiantes pour soi-même et l'absence d'aliénation nécessaire à la résistance (Kobasa, Maddi et Kahn, 1982). L'engagement dans quelque chose ou envers quelqu'un serait un ingrédient essentiel au développement du sens personnel, tout comme les relations entre le vieillissement réussi et *l'optimisme*, soit une projection dans un futur qui permette de supporter les difficultés présentes. En effet, nombre de personnes âgées vivant des situations de perte d'autonomie, de déficits ou de handicap perdent toute forme d'optimisme et développent des troubles de l'humeur. La qualité des réminiscences, l'engagement personnel et l'optimisme sont autant de composantes essentielles au développement du sens personnel chez les âgés qui apparaissent comme une source de satisfaction majeure et un rempart contre le stress (Wong, 1989).

3.2 L'approche développementale psychosociale d'Erickson

Erickson (1950), bien que psychanalyste, propose une théorie développementale psychosociale, articulée autour de 3 postulats fondamentaux : le moi est façonné par la société, l'individu vit dans une période continue de croissance et de changements et, enfin, chaque individu est préprogrammé pour traverser des stades développementaux. Il propose alors une théorie du développement de la personnalité en 8 stades psychosociaux. La notion centrale au cœur de la théorie d'Erickson est la notion de crise qui apparaît à chaque stade de développement, crise qui permet d'accéder au stade suivant lorsque le conflit à l'œuvre dans les stades précédents est partiellement résolu. C'est l'importance des succès (ratio entre les points positifs et négatifs) obtenus à chaque stade qui permettrait à l'individu d'affronter au mieux les stades suivants, dans la mesure où Erickson considérait que les crises n'étaient jamais totalement résolues.

Stade de la petite enfance : ce stade s'organise autour de la crise de confiance. L'enfant est tributaire de ses parents pour satisfaire ses besoins. De la présence ou de l'absence de ceux-ci va se développer un sentiment de confiance ou de méfiance, chacun éprouvé au cours de ce stade. La confiance est le sentiment qui devrait être dominant à la fin de ce stade pour que l'enfant puisse s'engager sereinement dans l'étape suivante.

Stade de la première enfance : ce stade se développe avec la capacité de l'enfant à se déplacer, ce qui lui confère un certain contrôle sur l'environnement. La crise qui organise ce stade se noue autour de la notion d'autonomie,

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

d'autant plus qu'à ce stade l'enfant va apprendre à maîtriser ses sphincters et ainsi à contrôler son propre corps, mais aussi ses parents, et donc exercer sa volonté (faire plaisir ou pas). Ce stade confronte l'enfant à ses possibilités de réaliser seul quelque chose, au doute quant à ses possibilités de réussir (autonomie *versus* doute).

Stade de l'âge préscolaire : l'enfant contrôle ses comportements et développe de nouvelles aptitudes. Ce stade va opposer le désir à la culpabilité dans la prise d'initiative. Cette dernière ne permettant pas à l'enfant d'agir pour réaliser ses choix personnels au travers des buts qu'il se fixe (articulation avec le stade précédent).

Stade de l'âge scolaire : le développement entre l'âge de 6 et 11 ans se caractérise par une croissance forte des relations sociales qui amène à l'apparition d'une certaine compétitivité chez les enfants. La comparaison entre ses productions, son travail, ses compétences, qu'elles soient sociales ou scolaires, et celles des autres va amener à une valorisation de soi ou au contraire faire naître un sentiment d'infériorité. L'enfant doit apprendre que ce qu'il réalise doit être utile aux autres, ce qui favorisera son sentiment de compétence. Ce stade s'articule autour de la productivité et du sentiment d'infériorité.

Stade de l'adolescence : il s'agit d'un stade qui synthétise les stades précédents afin de contribuer à la résolution de la crise identitaire centrale à cette période de développement. Ce stade s'articule autour de l'identité stable par opposition à la confusion des rôles. Une adéquation entre les représentations antérieures qu'un sujet a de lui-même (synthèse des stades précédents) avec ses représentations personnelles actuelles, de même qu'une adéquation entre ces dernières et celles que les autres ont développées sur le sujet contribuent à la continuité et à la stabilité de l'identité. L'absence de continuité aboutissant à une identité composée de facettes ou représentations multiples ne permet pas à l'adolescent de répondre aux questions « qui suis-je, que serais-je ? ». Ce stade articule identité personnelle et identité sociale, reflétant la place centrale des identifications aux pairs à ce stade.

Stade du jeune adulte : les deux pôles de ce stade s'articulent autour de l'intimité et de l'isolement. L'investissement dans une relation intime suppose un moi ou une identité stable, nécessaire pour ne pas craindre de se perdre dans l'autre. La crainte de perdre son intégrité amène autrui à rechercher l'isolement et renvoie aux difficultés à créer une relation forte avec une personne de sexe opposé.

Stade de l'adulte mature : la centration sur l'intimité évolue ici vers une centration sur le monde externe, l'individu tentant ici de laisser son

empreinte en se tournant vers autrui. Cet intérêt à participer à la perpétuation de la société est appelé « générativité » (création) par Erickson, par opposition à la stagnation où l'individu reste centré et absorbé par lui-même.

Stade de la vieillesse : c'est un stade où l'individu fait le bilan de sa vie et qui s'organise autour de la crise d'intégrité personnelle et du désespoir. C'est une phase où l'individu est confronté à la difficulté de continuer à éprouver du plaisir à vivre alors que le temps restant est limité et le confronte de plus en plus à la perspective de la mort.

Le sentiment d'avoir pu réaliser ses buts personnels ou du moins une grande partie de ceux-ci amène à un sentiment d'intégrité personnelle et donne accès à un « état de sagesse » ou plus simplement à une vieillesse réussie. À l'inverse, le refus de vieillir ou de la mort aboutit au sentiment de désespoir et au rejet des autres et des institutions. Ceci n'est pas sans rappeler le modèle fondé sur le développement du sens personnel évoqué ci-dessus.

Tableau 1.1 – *Stades et types de crises de la théorie d'Erickson*

Période	Stade	Type de crise	Tâche de développement
Enfance	Petite enfance (0-18 mois)	Confiance/ méfiance	Développer la confiance à l'égard d'autrui
	Première enfance (18 mois-3 ans)	Autonomie/ honte et doute	Développer ses capacités à faire des choix, à se contrôler
	Âge préscolaire (3-6 ans)	Initiative/ culpabilité	Conquête, passer à l'action pour atteindre ses propres buts
	Âge scolaire (6-11 ans)	Travail/infériorité	Acquérir du « prestige »
Adolescence	Adolescence (12-20 ans)	Identité/confusion des rôles	Répondre aux questions concernant l'identité actuelle et future
Adulte	Jeune adulte (20-40 ans)	Intimité/isolement	S'engager dans une relation d'amour ou d'intimité
	Adulte mature (40-65 ans)	Générativité/ stagnation	Intérêt pour les générations qui suivent, s'occuper d'autrui, réalisation de soi au travers de buts dirigés vers l'autre
	Personne âgée (65 et au-delà)	Intégrité personnelle/ désespoir	Accepter la vieillesse et la mort

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

La différence entre la théorie d'Erickson et les théories freudiennes est l'insistance sur les aspects positifs du vieillissement alors que le modèle freudien, par exemple, est organisé autour du déficit et de la désorganisation qu'induirait le vieillissement. Or, le vieillissement ne peut se résumer ou se définir uniquement à partir d'une vision déficitaire. En effet, si la vieillesse est marquée par des pertes qui jalonnent l'avancée dans l'âge, elle se caractérise également par des gains significatifs comme nous le verrons ci-après, d'où ce paradoxe auquel tentent de répondre les conceptions centrées sur le devenir des compétences émotionnelles : comment concilier bien-être et vieillissement réussi alors même que l'individu vit des successions d'événements difficiles voire traumatiques ? En dépit des pertes qui se produisent au cours du vieillissement, nombre de personnes âgées rapportent de plus hauts niveaux de bien-être et d'émotions positives. Elles développent des stratégies compensatoires qui les protègent de débordements émotionnels et peuvent adopter des stratégies hautement adaptatives pour préserver leur équilibre.

3.3 Les approches centrées sur la régulation des émotions

L'équilibre psychoaffectif, essentiel à un vieillissement « réussi » (voir *supra*), impose la capacité à ne pas être débordé émotionnellement par les aléas négatifs ou événements stressants qui ne manquent pas de survenir au cours de la vie. Contrairement à une idée qui a la vie dure, l'âge n'est pas associé au mal-être psychologique. On pourrait penser que l'âge influe sur les capacités à ressentir les émotions, les exprimer ou encore les réguler. Plusieurs théories ont pu être proposées pour tenter d'expliquer l'évolution des comportements d'ajustement et des réponses émotionnelles. Les modèles ci-dessous sont des modèles qui visent à rendre compte des processus mis en place par les personnes âgées pour faire face au quotidien en tenant compte des changements qu'impose le vieillissement. En effet, l'adaptation nécessite de considérer des facteurs à la fois biologiques, sociaux, cognitifs mais aussi émotionnels. Un échec des mécanismes d'adaptation se traduirait cliniquement par l'incapacité ou par des difficultés à se prendre en charge, à maintenir un niveau d'autonomie suffisant, et par une diminution du bien-être subjectif.

L'accent porté sur les déficits a probablement contribué à considérer la réduction des activités physiques ou sociales des personnes âgées comme des signes cliniques négatifs, envisagés dans une perspective pathologique. Cependant, certains modèles plus récents viennent contreba-

lancer ce constat et faire en sorte que si la diminution des activités peut résulter d'états pathologiques (dépression par exemple), elle peut aussi renvoyer à une stratégie adaptative pour maintenir un niveau de bien-être émotionnel satisfaisant. Il s'agit donc principalement de modèles s'intéressant aux effets du vieillissement sur l'autorégulation.

Différents points de vue coexistent. Certains postulent que le vieillissement est associé à une augmentation du bien-être émotionnel compte tenu d'un perfectionnement des capacités de régulation émotionnelle au fur et à mesure de l'avancée dans l'âge (Carstensen, Isaacowitz et Charles, 1999). D'autres considèrent que les capacités de traitement de l'information affective sont fréquemment compromises, particulièrement en présence de troubles cognitifs (Labouvie-Vief, 2003 ; Labouvie-Vief et Marquez, 2004), ce qui nécessite de repenser l'articulation entre fonctionnement cognitif et fonctionnement affectif. Ces deux points de vue ne sont pas mutuellement exclusifs puisqu'ils peuvent être envisagés de manière intégrative arguant que la relation entre cognitions et émotions est intrinsèquement dynamique. De fait, l'autorégulation n'est pas perçue comme une variable dispositionnelle mais comme un ensemble de réponses dynamiques qui, en fonction des circonstances, peuvent varier allant de la maîtrise et du contrôle des événements et émotions afférentes à l'échec des stratégies régulatrices mises en place.

3.3.1 La théorie de la sélectivité socio-émotionnelle (Carstensen, 1991)

La question de la régulation émotionnelle a été longtemps considérée comme allant de pair avec le déclin cognitif et biologique lié à l'âge, dans le sens d'une diminution des capacités de régulation. Toutefois, des *patterns* très différents ont pu être observés, indiquant que le vieillissement pouvait être associé à une amélioration de ces capacités, ce qui suggère alors que des différences individuelles peuvent être importantes dans ce contexte (Rothbart, Ahadi et Evans, 2000). De nombreuses études ont montré que les sujets âgés n'étaient pas plus déprimés ou anxieux que les plus jeunes et qu'ils avaient par ailleurs des niveaux de satisfaction de la vie tout aussi équivalents, si ce n'est supérieurs (Diener et Lucas, 1999 ; Diener et Suh, 1997). Plus particulièrement, la fréquence des affects négatifs diminuerait dans le temps alors que la fréquence des affects positifs resterait stable (Charles, Reynolds et Gatz, 2001) suggérant que l'expérience des émotions positives serait indépendante de l'âge (Carstensen, Pasupathi, Mayr et Nesselroade, 2000).

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

Partant du principe que le retrait des activités sociales fréquentes dans la vie tardive ne serait pas associé ici à un déclin cognitif ou à une symptomatologie dépressive, mais plutôt à un comportement normal chez le sujet vieillissant et à visée adaptative, Carstensen *et al.* (1991 ; 2003) ont développé une théorie avant tout motivationnelle. La théorie de la sélectivité socioémotionnelle pose que la perception des limitations liées à l'âge conduit à des changements motivationnels qui orientent l'attention vers des buts signifiants émotionnellement pour l'individu. L'âge avançant, l'optimisation des expériences émotionnelles deviendrait prioritaire. Ainsi, deux types de buts sont considérés ici : ceux liés à l'acquisition de connaissances ou au développement de nouveaux contacts sociaux, et ceux liés à la régulation des émotions. La théorie de la sélectivité socioémotionnelle postule que les comportements sociaux tout au long de la vie sont dirigés par des motivations spécifiques : la recherche d'information, le développement et le maintien de l'estime de soi, et la régulation des émotions. Si ces trois motivations sont présentes tout au long de la vie, leur importance varie en regard de périodes spécifiques qui donnent lieu à des changements dans les *patterns* de comportements sociaux. À l'adolescence et au début de l'âge adulte, les relations sociales auraient pour but de développer et de diversifier les expériences. Au milieu de vie si l'acquisition des connaissances se poursuit, celle-ci est en relation avec la régulation émotionnelle. La nécessité de passer du temps à élargir ses réseaux sociaux et à maintenir des relations superficielles se fait moins sentir au profit de relations plus intimes avec les amis et la famille. Cette tendance s'accroit à mesure du vieillissement, en lien avec le temps qu'il reste à vivre. La régulation émotionnelle deviendrait le principal moteur des relations sociales, la recherche des émotions positives étant maximisée et les relations suscitant des émotions négatives, évitées. Ces changements seraient induits par la perception du temps qu'il reste à vivre conduisant à redéfinir les objectifs de vie. En effet, lorsque les préoccupations en lien avec le futur sont moins prégnantes, l'attention aux états émotionnels devient plus importante. Le temps qu'il reste à vivre étant plus limité, la centration sur le moment présent deviendrait plus importante. Les buts personnels sont généralement pris dans des contextes temporels particuliers, ce qui implique que la sélection des buts dépend de la perception du temps. Si ce modèle reconnaît l'importance des buts et besoins émotionnels tout au long de la vie, il souligne que leur prépondérance change avec l'âge.

3.3.2 Le méta-modèle de la sélection-optimisation-compensation (SOC)

La théorie de la sélectivité socioémotionnelle pourrait être considérée comme une des composantes d'un modèle plus large fondé sur les processus qui concourent au développement adaptatif. Le méta-modèle de la « sélection-optimisation-compensation » (SOC) avancé par Baltes (1990) fait l'hypothèse que l'individu s'autorégule afin de maintenir une balance positive entre les gains et les pertes qui jalonnent toute la vie. En effet, avec l'avancée en âge, les pertes se font plus fréquentes que les gains, ce qui suppose de pouvoir s'ajuster à ce nouveau ratio. Les pertes augmentant, elles réduiraient les ressources et les possibilités d'adaptation. Les auteurs font l'hypothèse que cette diminution des possibilités d'adaptation amène les personnes à restreindre les domaines dans lesquelles elles exercent encore certaines activités en sélectionnant celles qui sont essentielles à leur bien-être et qui leur permettent de conserver au mieux leur énergie.

Ce modèle stipule que sous l'effet d'une diminution des ressources biopsychosociales, les sujets âgés **sélectionnent** des buts qui correspondent à leurs valeurs, à leurs capacités physiques, psychiques et à leur environnement. Les buts sont sélectionnés et seuls ceux qui leur semblent importants et conformes avec leurs besoins et ressources actuelles sont mis en œuvre. Ces buts contribuent à donner un sens à l'existence et le sujet va tenter d'**optimiser** les moyens nécessaires à l'atteinte de ces buts notamment par des modifications de son comportement et de **compenser** les handicaps qui peuvent gêner l'atteinte des buts. Il s'agit ici d'un modèle qui permet de considérer les processus qui favorisent un vieillissement satisfaisant. Il ne s'agit pas d'éviter la confrontation avec les pertes et événements négatifs, mais bien de faire face efficacement à ces changements, et ce, de manière active.

Nombre d'études soutiennent la pertinence du modèle SOC. Des relations positives et modérées ont été mises en évidence entre l'utilisation des stratégies de sélection, d'optimisation et de compensation et les émotions positives et le bien-être (Freund et Baltes, 1998, 1999, 2002). Dans le contexte des troubles chroniques, les stratégies comportementales reflétant les processus de compensation et d'optimisation tels que l'utilisation de dispositifs de support ou la planification des activités étaient plus souvent employées par les personnes souffrant de handicaps à long terme (Gignac, Cott et Badley, 2002). Enfin, une étude longitudinale a montré que la sélection des activités vers lesquelles se dirigent les âgés ainsi que l'optimisation, traduite par plus de temps passé aux

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

activités sélectionnées, étaient des prédicteurs de la survie à 4 ans chez des sujets âgés entre 70 et 103 ans (Lang, Rieckmann et Baltes, 2002).

Le modèle SOC présente ainsi l'intérêt de permettre d'envisager un vieillissement réussi sous un angle non normatif, à savoir de comprendre les trajectoires individuelles et singulières. Toutefois, si les stratégies de compensation et de d'optimisation sont importantes pour le vieillissement réussi, ces stratégies sont aussi celles qui deviennent les plus difficiles à mettre en œuvre compte tenu de la diminution des ressources liées à l'âge. L'utilisation de ces deux stratégies, étant consommatrices de ressources, il est possible qu'un certain nombre d'activités importantes pour l'individu ne puissent être poursuivies, avec pour corollaire un désengagement de certains buts essentiels. Ouwehand *et al.* (2007) suggèrent alors que l'anticipation des problèmes et pertes à venir ainsi que la mise en œuvre d'actions préventives appropriées *via* des stratégies de *coping* proactives (Aspinwall et Taylor, 1997) seraient essentielles à la préservation du bien-être et potentiellement des stratégies préalables qui permettraient d'étendre les ressources nécessaires aux processus de sélection, d'optimisation et de compensation (Ouwehand *et al.*, 2007).

3.3.3 Modèle du double processus de régulation

Alors que la théorie de Carstensen est fondée sur les aspects sociomotivationnels, Brandtstadter s'intéresse aux processus de *coping* qui permettent de maintenir une certaine continuité et une certaine efficacité face à la diminution ou à la perte des ressources (Brandtstadter et Renner, 1990 ; Brandtstadter et Rothermund, 1994). Deux formes de stratégies complémentaires sont utilisées pour rétablir la congruence entre les états désirés et actuels, face à la survenue des difficultés.

1) *L'assimilation,* qui implique des efforts intentionnels et actifs pour modifier les circonstances de vie afin de réduire ou de faire disparaître l'écart entre l'état désiré et l'état actuel (ex : continuer à être physiquement attrayant face au déclin physique). Ces stratégies sont surtout utilisées pour poursuivre les buts les plus rigides.
2) *L'accommodation*, qui vise la réduction de l'écart entre état désiré et situation actuelle par l'ajustement automatique, non intentionnel des valeurs et des buts personnels aux contraintes de l'environnement. Ces stratégies impliquent un réaménagement des valeurs, une réorganisation des buts personnels, qui permettent alors d'ajuster les aspirations de l'individu aux contraintes qu'il subit.

Finalement, un *shift* entre les deux types de stratégies permettrait le maintien d'une vision positive du *self* et un développement adaptatif au cours de la vie tardive. Les stratégies assimilatives seraient utilisées en première intention pour dépasser de manière active les obstacles qui se présentent. C'est l'échec de cette première tentative qui va amener l'individu à graduellement utiliser les stratégies accommodatives, qui vont être modulées par des facteurs personnels et situationnels.

3.3.4 La théorie développementale de l'intégration dynamique cognitivo-affective

Historiquement, les conceptualisations théoriques à propos du développement de la régulation émotionnelle chez l'adulte se sont centrées soit sur le domaine du fonctionnement cognitif, soit sur le domaine du fonctionnement affectif, entendu comme l'organisation de la personnalité et du développement socio-émotionnel. La nécessité de revisiter la question du développement socio-émotionnel avec l'âge est la conséquence de deux constats contradictoires : d'un côté, les études montrent que la régulation des émotions s'améliore avec l'âge, ce qui sous-tend la perspective théorique de l'optimisation, et de l'autre, elles montrent l'existence de problèmes de régulation en lien avec le déclin des ressources cognitives.

Le développement émotionnel et le développement du *self* pourraient être compris en regard de deux processus que sont l'*optimisation* et la *complexité cognitivo-affective*. Labouvie-Vief propose une conceptualisation qui met en parallèle processus de développement cognitif et processus de développement du *self* (Labouvie-Vief, 2003 ; Labouvie-Vief et Marquez, 2004).

L'optimisation est le processus de régulation émotionnelle qui vise à maintenir un niveau d'affects positifs suffisants tout en minimisant les affects négatifs. L'optimisation serait un processus essentiellement schématique, relativement automatique et sans effort, où les structures de connaissances sont activées de manière globale et indifférenciée en tout ou rien et nécessitant peu de ressources cognitives.

Pour autant, le développement ou la croissance personnelle sont liés à l'expérience d'affects négatifs ou plutôt au fait d'accepter leur persistance temporairement afin d'intégrer cette expérience dans l'ici et maintenant au réseau existant de représentations à propos de soi, des autres et du monde (complexité cognitivo-affective). La complexité cognitivo-affective renvoie principalement au développement personnel, à l'individuation et au développement de la complexité émotionnelle et de la complexité

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

conceptuelle (Labouvie-Vief, Diehl, Jain et Zhang, 2007). Elle est fondée sur un processus de traitement et d'élaboration plus systématique, consommateur de ressources, impliquant des significations plus formelles élaborées au travers du processus de différenciation des connaissances, explicites et conscientes, déjà existantes (Labouvie-Vief et Marquez, 2004).

S'oppose ici une conception de l'individu réagissant de manière automatique à celle de l'individu qui fonctionne de manière proactive, se dirigeant consciemment vers sa croissance et son développement. La théorie de l'intégration cognitivo-affective tente de comprendre ce qui amène l'individu à s'éloigner de modalités de réponses confortables et habituelles pour endurer des expériences affectives négatives et non familières qui vont contribuer au développement de structures cognitivo-affectives plus complexes. Un fonctionnement psychique optimal se traduirait par l'intégration et la coordination flexible de ces deux modes de régulation de l'affect. Si le développement de la complexité cognitivo-affective, qui désigne le développement des connaissances complexes intégrant émotions et cognitions, semble à son acmé au milieu de l'âge adulte, celui-ci tendrait à décliner au-delà. De plus, les personnes âgées rapportent des niveaux d'affects positifs plus élevés et de plus bas niveaux d'affects négatifs. Si la complexité décroît, elle devrait alors se traduire par la non-intégration et l'expérience plus importante des affects négatifs (Labouvie-Vief, 2003). Des études montrent une corrélation négative entre fonctionnement cognitif et affects négatifs et montrent que le traitement des informations à valence déplaisante semble plus exigeant en termes de ressources cognitives que le traitement des affects positifs. Labouvie-Vief suggère alors la possible compensation du déclin de la complexité cognitive par une augmentation des processus d'optimisation, ce qui permettrait alors de comprendre pourquoi le niveau d'affects positifs et les capacités de régulation émotionnelle s'améliorent alors que le fonctionnement cognitif décroît. La relation entre optimisation et complexité serait alors de nature compensatoire et curvilinéaire, dépendante du niveau d'*arousal* ou d'activation émotionnelle. En effet, un niveau d'activation faible favoriserait l'intégration et une meilleure organisation cognitive et comportementale alors qu'un niveau d'activation élevé tendrait à interrompre cette intégration. Dans ce contexte, les pensées et les comportements automatiques, non conscients, prendraient le relais pour maintenir un niveau d'affect positif satisfaisant. En effet, selon Metcalfe et Mischel (1999), les comportements deviendraient plus schématisés et automatisés sous l'effet de l'intensité de l'activation. La capacité à coordonner les aspects positifs et négatifs à propos de soi et

des autres serait par ailleurs perturbée, contribuant alors au biais de positivité dans lequel l'attention est détournée des aspects négatifs concernant le *self* pour être redirigée vers autrui et se protéger. Ce transfert des processus de différenciation ou de complexité en faveur des processus d'optimisation permettrait le retour à l'équilibre en réduisant le niveau d'activation émotionnelle.

Le système de complexité cognitivo-affective ne permet pas toujours ce retour à l'homéostasie, ce qui peut se traduire par le maintien de l'analyse des événements et la persistance de ruminations mentales qui empêchent toute action. L'utilisation rigide de l'un ou l'autre système aurait ainsi des conséquences sur la santé physique et mentale. Avec l'âge, la complexité cognitivo-affective tendrait à décroître à la faveur des stratégies d'optimisation.

3.3.5 La théorie différentielle des émotions

La théorie différentielle des émotions est actuellement la seule à proposer une perspective réellement « vie entière » dans la mesure où cette théorie s'enracine dans le développement précoce et infantile pour l'articuler avec le développement adulte et celui de la vie tardive.

Une des critiques adressées aux modèles qui traitent du bien-être et de la satisfaction chez les sujets âgés est leur manque de différenciation en regard des affects et plus spécifiquement en regard de leur nature qualitative, et donc de considérer les émotions indépendamment de leur valeur fonctionnelle, qui évolue à mesure du vieillissement en fonction du déclin de certaines fonctions et ressources. Par exemple, affectivité positive ou humeur positive, bien-être subjectif et affects positifs sont généralement des termes utilisés de manière interchangeable, soulignant un manque d'opérationnalisation (Fredrickson, 1998) nécessaire à la compréhension de la régulation des affects dans une perspective développementale. En effet, chaque émotion se caractérise par des propriétés motivationnelles et des états affectifs spécifiques. Consedine *et al.* (2004) suggèrent alors de différencier le bien-être des émotions discrètes et, qui plus est, de distinguer les émotions positives discrètes les unes des autres, celles-ci ayant des propriétés motivationnelles et fonctionnelles distinctes, évoluant à mesure du vieillissement, comme le suggère l'approche développementale fonctionnaliste des émotions (Consedine *et al.*, 2004). La théorie différentielle des émotions développée par Caroll Izard suppose que les états émotionnels et les *patterns* de comportements expressifs sont des aspects innés du système émotionnel et sont indépendants du développement cognitif (Izard, 1977). Toutefois, le système émotionnel

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

présenterait une certaine plasticité inhérente à l'effet de la culture sur les comportements expressifs, de même qu'aux variations idiosyncrasiques familiales et individuelles. Chacune des émotions a une composante neuroévaluative, impliquant les structures physiologiques et permettant leur production et leur reconnaissance, ainsi qu'une composante expressive impliquant les aspects non verbaux mais aussi une composante expérientielle qui associe des cognitions et motivations spécifiques à chaque émotion. L'expression émotionnelle est fondamentale pour l'adaptation et la survie mais pas seulement dans l'enfance. La théorie différentielle des émotions insiste sur le fait que la valeur adaptative des émotions s'exprime tout au long de la vie (Izard et Malatesta, 1987 ; Malatesta, Izard, Culver et Nicolich, 1987).

Les affects liés à certaines pensées forment ainsi des structures idéo-affectives de plus en plus complexes (ou modèles internes) à mesure de l'expérience accumulée ; structures stables qui avec la répétition se consolident dans la personnalité. Les états émotionnels complexes peuvent renvoyer à des émotions discrètes nuancées et faire interagir plusieurs structures idéo-affectives (par exemple, l'anxiété sociale peut faire intervenir une combinaison d'affects de peur, de honte, de timidité et évoquer des pensées ou images associées à chacune d'entre elles). Avec l'âge, ces structures idéo-affectives deviendraient plus complexes et plus efficaces compte tenu du développement de leurs liens avec les sous-systèmes cognitifs et comportementaux. Par exemple, chaque personne acquiert des capacités accrues d'identification et d'anticipation des réponses émotionnelles d'autrui ; accroissement lié à l'accumulation des expériences interpersonnelles et à l'accroissement des relations de plus en plus denses entre les sous-systèmes émotionnels, cognitifs et comportementaux de la personnalité.

La théorie différentielle-fonctionnaliste des émotions est une application de la théorie d'Izard articulant les aspects développementaux des qualités fonctionnelles, organisatrices et motivationnelles des émotions. Débutant précocement, certains stimuli externes vont activer préférentiellement certains affects qui seront alors vécus de manière répétée et vont engendrer des réponses comportementales spécifiques. Ces dernières, par la répétition, vont se lier à des structures idéo-affectives et contribuer ainsi à perpétuer l'expérience de ces mêmes affects. Ces derniers font alors partie intégrante de la personnalité, organisant l'expérience des sujets et permettant de maintenir la cohérence de ceux-ci (Magai et Nussbaum, 1996 ; Malatesta et Wilson, 1988). Les émotions précoces ont une valeur généralement adaptative mais ce que souligne la perspective développementale fonctionnaliste est qu'elles comportent à la fois des bénéfices

et des coûts (Consedine et Moskowitz, 2007). Le fonctionnement des émotions dans la vie tardive est contraint par leur structure, acquise précocement, et ce pour des raisons adaptatives puisque ces émotions ou plutôt les *patterns* émotionnels en réponse à certains événements se sont développées en regard des épreuves de la vie plus précoce. Ainsi, les adultes héritent d'un ensemble de *patterns* émotionnels qui ont été « sélectionnés » parce que facilitant l'adaptation lors d'épreuves de vie antérieures. Toutefois, ce modèle suggère aussi qu'à mesure du vieillissement, l'individu est confronté à d'autres types d'événements, dispose de capacités et de ressources différentes (modifications comportementales, sociales, physiologiques et cognitives) entraînant alors que ces émotions et leurs manifestations servent d'autres fonctions et varient au sein du système. Ainsi, à mesure du développement, les émotions acquièrent des fonctions autres que celles de « simples » signaux et notamment des fonctions cognitives, expérientielles, sociales et motivationnelles (Consedine, 2011). Les changements développementaux dans les capacités physiologiques, cognitives, comportementales, sociales vont venir modifier les situations dans lesquelles les personnes s'exposent et les processus de sélection (voir *infra*), de même que ce sur quoi porteront les stratégies de régulation émotionnelle et leurs conséquences. Selon Charles *et al.* (2003), le but des stratégies de régulation, chez les sujets âgés, serait de maximiser les émotions positives ressenties (Charles, Mather et Carstensen, 2003) mais, dans la perspective fonctionnaliste, le but de ces stratégies de régulation ne serait pas la maximisation des émotions positives mais plus généralement la régulation, à la baisse (*down-regulation*), de tous les signaux ayant des conséquences interpersonnelles négatives. Contrairement à ce qui est avancé, l'ensemble des stratégies de régulation émotionnelle ne s'amélioreraient pas avec le temps. Les ressources nécessaires aux processus de régulation d'un état émotionnel en cours déclineraient avec l'âge alors que celles liées à l'anticipation tendraient à s'améliorer. En effet, même si les stratégies régulatrices se déploient de manière automatisée et donc avec une demande de ressources moindre, la capacité à déployer des stratégies de régulation en temps réel repose sur des ressources cognitives et physiologiques qui déclineraient avec l'âge. L'exemple donné par Consedine (2011) est explicite sur ce point : la réduction de certaines capacités physiologiques, qui va de pair avec une aptitude réduite quant à la production de certaines actions adaptatives, pourrait rendre compte de la distanciation envers l'activation comportementale. Par exemple, en situation de peur, l'activité somatique est réduite par comparaison à des sujets plus jeunes. Cette diminution pourrait refléter une transition développementale dans les manifestations

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

comportementales en lien avec la peur. Si les personnes jeunes tendent à générer des réponses de fuite, l'inhibition de l'action serait une réponse plus proéminente chez les personnes âgées.

Il existe une littérature considérable montrant qu'au cours du développement, les affects positifs tendent à s'accroître alors que les affects négatifs tendent à diminuer (Consedine et Magai, 2006). En revanche, les études longitudinales tendent à démontrer soit une stabilité des deux types d'expériences affectives (Kunzmann, Little et Smith, 2000), soit un déclin des affects positifs et négatifs (Mroczek et Spiro, 2005 ; Terracciano, McCrae, Brant et Costa, 2005). Ces études étaient principalement fondées sur des méthodologies de type questionnaire auto-rapporté standardisé. L'analyse d'entretiens narratifs donne une tout autre image et montre que les adultes âgés n'observent pas une décroissance de leurs expériences émotionnelles mais relatent des expériences bien plus intenses que les adultes jeunes (Magai, Consedine, Krivoshekova, Kudadjie-Gyamfi et McPherson, 2006 ; Pennebaker et Stone, 2003).

De fait, la littérature suggère que les capacités émotionnelles sont préservées dès lors que le contexte renvoie à des événements autobiographiques ou à des événements personnellement signifiants, ou encore à des situations immédiates.

Si l'absence de consistance dans les études portant sur la fréquence des affects positifs ou négatifs suggère des effets non linéaires entre affect et âge, elles soulignent aussi qu'il est important de s'intéresser spécifiquement aux différents éléments qui composent l'expérience émotionnelle en tant que telle (expression, intensité, reconnaissance, etc.), mais aussi de distinguer affectivité et émotions discrètes dans la mesure où des analyses plus fines en fonction du type d'émotion peuvent alors être réalisées et mieux contribuer à la compréhension des relations entre émotions et vieillissement. Globalement, il apparaît qu'il y a peu de changements majeurs en termes de valence émotionnelle globale (positivité/négativité, bien-être) même si l'expérience de la joie, du contentement peut s'élever quelque peu avec une dégressivité autour de 70-80 ans (Heckhausen, 1997). L'expérience des affects négatifs semble diminuer, ce que confirment également les études portant sur les émotions discrètes, avec notamment la colère et, dans une moindre mesure, la peur (Gross *et al.*, 1997 ; Lawton, Kleban et Dean, 1993[1]).

1. Pour une excellente revue de la littérature sur cette question, voir Consedine et Magai, 2006.

Plus récemment, nous avons montré que l'affectivité négative, de même que le stress, la colère et la tristesse observaient une diminution significative avec l'âge, diminution plus marquée chez les 50-60 ans. En effet, nous n'avons pas noté de dégressivité plus importante entre les 60-70 ans et les 71-80 ans, qui montraient des niveaux d'affect similaires. En ce qui concerne les affects positifs, ceux-ci observaient une augmentation dès 60 ans (Fantini-Hauwel et Mikolajczak, *under review*).

Les différentes perspectives théoriques exposées brièvement ici suggèrent qu'à mesure du vieillissement, l'expérience et l'expression des émotions deviennent de plus en plus complexes, nuancées et élaborées compte tenu de l'expérience accumulée. Qu'afin de se préserver des affects négatifs, les personnes vieillissantes tendent à privilégier leur environnement relationnel et les aspects émotionnels de leur vie. Enfin, les capacités de régulation émotionnelle (portant sur les composantes expérientielles, expressives et physiologiques) s'amélioreraient, ce qui aurait alors pour conséquence un meilleur équilibre entre affects positifs et affects négatifs. Toutefois, si ces travaux évoquent une amélioration des habiletés de régulation émotionnelle, les études empiriques testant directement ceci manquent quelque peu. En effet, les études tendent à considérer que l'expérience d'affects positifs et une diminution des affects négatifs signent une meilleure régulation émotionnelle, sans préciser ce sur quoi porte la régulation en tant que telle. S'agit-il de meilleures capacités de régulation des manifestations physiologiques ? D'une meilleure régulation des capacités expressives ? De meilleures stratégies d'utilisation des connaissances émotionnelles ? Par ailleurs, à quel moment du processus émotionnel ces stratégies interviennent-elles ?

Une étude récente explorant les relations entre l'âge et l'ensemble des compétences émotionnelles (Mikolajczak, Quoidbach, Kotsou et Nelis, 2009), à l'aide d'une version abrégée du Profil de compétence émotionnelle (S-PEC ; Mikolajczak, Brasseur et Fantini, 2014 ; Brasseur, Grégoire, Bourdu et Mikolajczak, 2013), montre que les compétences d'identification, d'expression et de compréhension des émotions diminuent à mesure du vieillissement mais qu'en revanche, la régulation des émotions s'améliore (Fantini-Hauwel et Mikolajczak, *under review*). De manière tout à fait intéressante, nous observons les mêmes *patterns* d'évolution en regard des compétences émotionnelles interindividuelles à cette différence près que les compétences d'utilisation des émotions d'autrui augmenteraient avec l'âge. Ces résultats confirment l'amélioration des habiletés de régulation émotionnelle et de meilleures capacités d'utilisation des émotions d'autrui l'âge avançant.

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

L'ensemble des modèles présenté met en avant l'importance de la régulation émotionnelle pour maintenir un niveau de fonctionnement satisfaisant à mesure du vieillissement. Si le déclin cognitif est inéluctable, ils soulignent tous l'importance des processus émotionnels voire même leur prépondérance dans la régulation de soi chez les âgés, suggérant alors que la régulation émotionnelle pourrait agir comme mécanisme compensatoire du déclin cognitif.

Chapitre 2

PSYCHOPATHOLOGIE DE LA PERSONNE ÂGÉE

Sommaire

1. Les troubles de l'humeur 39
2. Les troubles bipolaires 51
3. Suicides et tentatives de suicide 54
4. Les addictions du sujet âgé 56
5. Les troubles délirants d'apparition tardive 59
6. La confusion mentale 65
7. Psychopathologie des troubles démentiels 70

L'avancée en âge est associée à la confrontation à de nombreux événements difficiles (deuils, retraite, maladie, isolement, etc.) qui peuvent mettre à mal l'équilibre psychique des personnes vieillissantes. L'expérience de ces événements implique la mise en place de remaniements fréquents qui peuvent s'avérer nécessaires en vue d'une adaptation réussie à ces événements mais qui peuvent également être moins heureux. Cette réorganisation psychique peut avoir pour corollaire l'apparition de troubles et d'états psychopathologiques importants à prendre en compte, sans toutefois les pathologiser à outrance, et qui sont parfois difficiles à évaluer chez les sujets âgés. Il est important de prendre en compte la surmédication existante actuellement chez les individus âgés et plus particulièrement en France (rapport de la Haute Autorité de Santé, HAS, 2007). Comme l'écrit l'HAS dans son rapport « L'usage des psychotropes chez le sujet âgé en France est inapproprié et souvent délétère » (p. 3). De plus, l'importance des troubles somatiques, la présence d'altérations neurologiques peuvent prêter à confusion avec certaines pathologies psychiatriques d'une part et, d'autre part, soulèvent la question de l'évaluation des troubles du sujet âgé afin de faciliter le diagnostic de ces troubles et de mettre à distance les croyances relatives au vieillissement dont la présence contribue à un sous-diagnostic de certaines affections.

La prévalence des troubles mentaux dans la population âgée oscille entre 30 et 50 % (Almeida *et al.*, 1997 ; Skoog, 2004). Les troubles psychopathologiques chez les sujets âgés sont généralement associés à des concomitants psychosociaux tel que les facteurs sociodémographiques (âge, isolement, genre), somatiques (maladies), impliquant les antécédents psychiatriques souvent facteurs de vulnérabilité, ou encore des facteurs revêtant une valeur fonctionnelle (dépendance, handicap). Quoi qu'il en soit, ces troubles sont difficiles à diagnostiquer chez les sujets âgés.

1. Les troubles de l'humeur

Les troubles de l'humeur représentent un problème de santé publique majeur. Pourtant ils sont largement sous-diagnostiqués et par voie de conséquence sous-traités particulièrement dans les populations âgées. Ce sous-diagnostic tient à plusieurs raisons :

– Les personnes âgées consultent peu et sont moins démonstratives quant à leurs états émotionnels. Elles tendent en effet à dénier la présence de telles difficultés pour des raisons socioculturelles.

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

– Les professionnels de la santé ont souvent tendance à croire que présenter une certaine tristesse est normale avec l'âge. Or il est fondamental de dire que l'âge n'est pas en lui-même un facteur de risque de dépression. La perte d'autonomie, les maladies somatiques et les facteurs socio-familiaux (veuvage, post-retraite, problèmes financiers, éloignement de la famille) sont les véritables facteurs de risque de la dépression.
– Il existe peu d'outils d'évaluation des troubles de l'humeur validés en langue française dans ces populations.

Pourtant, les troubles de l'humeur constituent des facteurs de morbidité importante, réduisent la qualité de vie, contribuent à la dépendance, à l'augmentation du nombre d'hospitalisations (Frémont, 2004) et du risque de décès (Penninx *et al.*, 1999). Leur repérage est essentiel en pratique clinique et notamment par les médecins généralistes qui sont les professionnels les plus proches de ces personnes.

Quelques études sont disponibles pour établir la prévalence des troubles dans ces populations. Celle-ci oscille selon les études, selon le type de troubles (troubles dépressifs majeurs, dysthymie, etc.) et selon l'environnement. Les données de l'étude PAQUID avancent une prévalence de 13 % (dont 10 à 15 % pour les dysthymies) dans la population générale (Barberger-Gateau *et al.*, 1992). L'étude EuroDep a estimé que la prévalence des symptômes dépressifs oscillait entre 8,6 % et 14,1 % alors que la prévalence pour les troubles dépressifs représenterait entre 1 et 4 % des sujets âgés (Copeland *et al.*, 1999). Plus récemment, il a été souligné que les troubles dépressifs affectaient de manière plus importante les femmes (20,3 %) que les hommes (8,7 %). En Institution, les troubles seraient plus fréquents que dans la population générale, 40 % des sujets institutionnalisés présentant des troubles thymiques (Frémont, 2004).

Cependant, la variabilité des études va dépendre des critères utilisés. Parle-t-on de symptômes dépressifs, de troubles dépressifs, et inclut-on les troubles issus d'une comorbidité ?

Quoi qu'il en soit, ces informations permettent de remettre en cause l'idée que le risque de dépression serait directement lié à l'âge, ce qui a pu contribuer à diffuser l'idée que celle-ci était normale avec le vieillissement. La relation entre âge et dépression serait plutôt indirecte. En effet, l'avancée en âge augmente le risque d'apparition de troubles somatiques, de phénomènes douloureux, l'expérience de deuils, qui ont une comorbidité élevée avec les troubles de l'humeur. Par ailleurs, certains facteurs de vulnérabilité ont pu être identifiés :

– Être une femme, vivre seul(e), avoir vécu un deuil récent, présenter un handicap physique sévère ou une pathologie neurologiques seraient des facteurs associés à la présence d'un risque plus élevé de développer un trouble de l'humeur.
– Une diminution des interactions sociales, de même qu'une modification quant aux ressources de soutien social dont elles disposent peuvent conduire à des troubles de l'humeur chez les personnes âgées, qui n'expriment pas spontanément les changements qui surviennent dans leur environnement.
– Une obésité avec un lien bidirectionnel entre obésité et dépression.
– Une pathologie somatique chronique (Chang-Quan *et al.*, 2010).
– Certaines caractéristiques de personnalité telles que le névrosisme ou un faible sentiment de maîtrise sont des prédicteurs importants de la survenue d'un trouble dépressif chez le sujet âgé ; prédicteurs plus importants que la santé physique ou les ressources sociales (Steunenberg, Beekman, Deeg et Kerkhof, 2006). Les personnes souffrant de troubles de la personnalité auraient un risque 4 fois supérieur de développer des symptômes dépressifs (Blazer et Hybels, 2005).

La présence de ces facteurs devrait inciter à une vigilance accrue lorsque rencontrée chez une personne âgée, à la condition toutefois de bien connaître l'expression sémiologique de ces troubles.

Il apparaît nécessaire de différencier les dépressions chez les sujets jeunes ou d'âge moyen des dépressions d'apparition tardive chez les sujets âgés même si les différences cliniques apparaissent faibles du fait du peu d'études de comparaison (Grayson et Thomas, 2013). Le pronostic au long terme est plus mauvais, l'évolution est plus fréquemment chronique et le risque de rechutes plus important chez les dépressions tardives du sujet âgé (Mitchell et Subramaniam, 2005). Cette dépression d'apparition tardive (*late-life dépression*) est associée à une comorbidité médicale plus importante (notamment maladies vasculaires et troubles cognitifs) et à un risque de décès plus élevé. De plus, si des études passées n'ont pas mis en évidence de différence phénoménologique entre dépressions tardives et dépressions de l'adulte jeune ou d'âge moyen, une récente méta-analyse a pu montrer qu'il existait bien des différences sur le plan clinique : la symptomatologie somatique est souvent mise au premier plan : 66 % des sujets âgés expriment leurs troubles dépressifs par des plaintes somatiques, des troubles anxieux ou des troubles cognitifs (Beekman *et al.*, 2000). Les patients âgés ont de plus une symptomatologie comprenant une plus grande fréquence de

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

comportements d'agitation, plus de symptômes somatiques comme nous l'écrivions précédemment et particulièrement de type hypocondriaque ou plaintes gastro-intestinales, mais en même temps moins de cognitions centrées sur la culpabilité ou des symptômes relatifs à la perte d'intérêt sexuel (Hegeman, Kok, van der Mast et Giltay, 2012).

Une des raisons qui explique ce sous-diagnostic, et par voie de conséquence l'absence de traitement chez les sujets concernés, tient aux difficultés rencontrées par les praticiens à évaluer correctement la dépression chez ces sujets (Lin, Simon, Katzelnick et Pearson, 2001 ; Rost, Nutting, Smith, Werner et Duan, 2001). L'absence de repérage des personnes âgées souffrant de troubles de l'humeur est d'autant plus problématique que le taux de suicide dans cette population est très élevé (voir *infra*).

Une autre question non encore résolue concerne le lien entre dépression et développement d'une démence. L'âge d'apparition de la symptomatologie dépressive semble être une donnée fondamentale à prendre en compte. Il existe ainsi une évidence croissante que la présence et une plus grande fréquence d'une symptomatologie dépressive au cours de la vie sont des facteurs de risque significatifs de développer une démence. En revanche, le lien entre dépression tardive et développement d'un processus neurodégénératif demeure sujet à débat. Un état dépressif tardif correspond-il à un prodrome, est-il une conséquence ou un facteur de risque de développer une « démence » ? Cette question demeure irrésolue à ce jour (Byers et Yaffe, 2011).

1.1 Clinique des troubles de l'humeur

De nombreux symptômes de la dépression sont, à tort, attribués au vieillissement (fatigue, préoccupations pour la mort, insomnie, etc.) et donc considérés comme des signes du vieillissement normal. La forme clinique est généralement insidieuse, la symptomatologie étant masquée par la prédominance des plaintes somatiques. Les personnes âgées rapportent peu leur tristesse notamment en raison des croyances auxquelles elles adhèrent quant aux troubles psychologiques (« ce sont les faibles », « ça se guérit tout seul », « je ne suis pas fou », etc.) et la crainte du regard social. Elles consultent préférentiellement leur praticien généraliste et s'adressent peu à des spécialistes.

1.1.1 Humeur dysphorique

Le diagnostic de troubles dépressifs majeurs impose de retrouver un des deux symptômes fondamentaux suivants :

– l'humeur triste ou dysphorique (sentiment général d'insatisfaction, etc.) ;
– l'anhédonie qui caractérise toute perte de plaisir ou d'intérêt dans les activités qui étaient auparavant source de plaisir.

La **tristesse** ne saurait être attribuée à la vieillesse (pas plus qu'un désir de mort d'ailleurs). Elle est généralement peu voire non exprimée, l'expression clinique empruntant volontiers la voie de la plainte somatique, imitant parfois des traits rencontrés dans certaines perturbations physiques ou physiologiques (troubles thyroïdiens, effets secondaires des traitements pour les troubles cardiaques, cancers, etc.), voire neurologiques ou neuropsychologiques si l'on considère les troubles psychomoteurs, les troubles de l'attention/concentration ou de la mémoire. La perte de mémoire ou plainte mnésique, commune dans les dépressions, pose toujours la question d'un trouble démentiel sous-jacent. Les liens entre dépression et troubles démentiels sont d'ailleurs étroits, la dépression pouvant figurer, anticiper l'apparition de la démence (voir chapitre II, 7, « Psychopathologie des syndromes démentiels »).

L'hétérogénéité caractérise la symptomatologie dépressive, et la valence des signes peut s'exprimer par des pôles opposés (hyper ou hypofonctionnement). Elle peut se caractériser par des troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie), des troubles des conduites alimentaires (perte d'appétit ou excès), un ralentissement moteur, des idées dépréciatives, des troubles anxieux ou encore des symptômes cognitifs tels que les troubles de l'attention/concentration. L'irritabilité, la colère ou toute modification de la personnalité habituelle du patient sont des éléments évocateurs d'un trouble de l'humeur. Les troubles habituellement rencontrés dans la dépression sont également présents mais surexprimés et concernent souvent les troubles digestifs, les douleurs, les maux de tête.

Blazer (cité par Benek-Higgins, McReynolds, Hogan et Savickas, 2008) a proposé 5 domaines de fonctionnement affectés par les troubles dépressifs :

1.1.2 Symptômes émotionnels

La plupart des personnes souffrant de dépression éprouvent peu de plaisir dans leurs activités (**anhédonie**), que celles-ci concernent le travail (pour rappel, la limite d'âge pour la retraite est de 65 ans, âge à partir duquel une personne est considérée comme vieillissante), les activités de loisir, les activités quotidiennes ou encore les relations interpersonnelles. Elles peuvent exprimer de la tristesse, de l'anxiété, un sentiment de dévalorisation.

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

1.1.3 Symptômes motivationnels

Les sujets souffrant de dépression peuvent éprouver des difficultés à poursuivre leurs objectifs. L'**apathie** qui caractérise les troubles dépressifs se traduit par une absence de volonté, des difficultés à prendre des initiatives, une fatigue importante, donnant l'impression d'une paralysie de l'activité, de la volonté.

1.1.4 Symptômes comportementaux

Les troubles dépressifs vont s'exprimer sur le registre des conduites, sur la manière dont les personnes réagissent habituellement. Les contrastes quant aux habitudes de celles-ci sont aussi évocateurs. En effet, les comportements peuvent être marqués par un ralentissement, un manque de dynamisme, mais aussi par de l'irritabilité, de la colère, ou encore des conduites agressives.

1.1.5 Symptômes cognitifs

Les personnes déprimées expriment souvent une péjoration d'elles-mêmes ou de l'existence, un vécu douloureux. Une vision négative d'elles-mêmes conduit à des sentiments d'infériorité, d'inadéquation, d'indésirabilité ou encore à une autocritique exacerbée. Le pessimisme, les sentiments de désespoir (*hopelessness*) et d'impuissance (*helplessness*) sont caractéristiques des troubles de l'humeur.

1.1.6 Symptômes somatiques

Les symptômes somatiques de la dépression sont variés. Il peut s'agir de maux de tête, de troubles douloureux, mais aussi de symptômes intéressant le système digestif. Les troubles alimentaires et les troubles du sommeil sont fréquents. Ces derniers interagissent péjorativement avec les troubles douloureux, les sujets pouvant alors être pris dans un cercle vicieux. Évidemment, l'aspect psychologique de ces symptômes est souvent dénié par les personnes âgées.

Vignette clinique

Mme J. est âgée de 87 ans. Son mari (91 ans) est en bonne santé. Mme J. a présenté quelques troubles somatiques ayant nécessité une prise en charge médicamenteuse (hypertension, hyperlipidémie et ostéoporose). Six mois auparavant, Mme J. s'est perdue dans le quartier où elle réside. À la suite de cet épisode, elle a développé une insomnie, des signes importants d'anxiété dans un contexte général de mal-être. Elle évoque sa crainte de souffrir de « l'Alzheimer » et ajoute qu'elle préférerait mettre fin à ses jours que de faire subir cela à sa famille. L'entourage de Mme J. signale des étourderies (elle ne se remémore pas où elle a rangé ses affaires peu de temps auparavant), qu'elle semble plus pessimiste alors qu'elle est décrite comme habituellement souriante et enthousiaste. Mme J. a perdu 10 kg consécutivement à un manque d'appétit, elle qui appréciait la cuisine et les bons repas. Sur le plan clinique, on relève une apathie franche et une diminution du plaisir. Elle passe le plus clair de son temps dans son fauteuil à attendre. Malgré de fréquents réveils nocturnes, elle peine à s'endormir (3 heures du matin). Elle ne semble pas présenter d'idéation suicidaire bien qu'elle précise régulièrement durant l'entretien qu'elle souhaiterait en finir si on lui diagnostiquait un Alzheimer. Elle nous dira qu'elle n'est plus la personne d'antan et qu'elle se sent sans valeur. Les bilans médicaux standards ne révélèrent aucune anomalie susceptible d'expliquer la symptomatologie actuelle. Les évaluations neurologiques et cognitives n'ont pas mis en évidence d'argument en faveur d'une maladie d'Alzheimer. En revanche, les éléments cliniques ainsi que la Geriatric Depression Scale (voir infra) sont en faveur d'une dépression modérée (score 9/15).

1.2 Autres formes cliniques

1.2.1 Les dépressions avec caractéristiques psychotiques ou dépressions délirantes

Les troubles de l'humeur s'accompagnent d'idées délirantes centrées autour de thèmes de préjudice, de ruine ou de spoliation. Ces idées délirantes peuvent caractériser un syndrome de Cottard lorsque les thèmes portent sur les organes corporels (négation d'organe, pourrissement de ceux-ci, etc.). Les symptômes psychotiques sont généralement congruents à l'humeur et régressent sous l'effet du traitement antidépresseur.

Gallarda et Loo (2009) proposeront différentes formes cliniques de troubles de l'humeur chez les sujets âgés, dont la **forme algique** : 50 % des dépressions s'exprimeraient par la mise en avant de douleurs.

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

1.3 Démarche diagnostique et évaluation

1.3.1 Diagnostic et diagnostic différentiel

C'est l'absence d'éléments soutenant une affection médicale qui permettra de justifier le diagnostic de dépression (Gallarda et Loo, 2009). Cela étant, la difficulté réside bien évidemment dans le constat que les douleurs sont très fréquentes avec l'avancée en âge.

Tableau 2.1 – *Critères CIM-10 des troubles de l'humeur*

F32 Épisodes dépressifs

Dans les épisodes typiques de chacun des trois degrés de dépression : léger, moyen ou sévère, le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits « somatiques », par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen et sévère.

F32-0 Épisode dépressif léger

Au moins deux ou trois des symptômes cités plus haut sont habituellement présents. Ces symptômes s'accompagnent généralement d'un sentiment de détresse, mais le sujet reste, le plus souvent, capable de poursuivre la plupart de ses activités.

F32-1 Épisode dépressif moyen

Au moins quatre des symptômes cités plus haut sont habituellement présents et le sujet éprouve des difficultés considérables à poursuivre ses activités usuelles.

☞

☞

F32-2 Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques

Épisode dépressif dans lequel plusieurs des symptômes dépressifs mentionnés ci-dessus, concernant typiquement une perte de l'estime de soi et des idées de dévalorisation ou de culpabilité, sont marqués et pénibles. Les idées et les gestes suicidaires sont fréquents et plusieurs symptômes « somatiques » sont habituellement présents.

1.3.2 Diagnostic différentiel

La nécessité de procéder à un diagnostic différentiel devant un tableau dominé par les plaintes somatiques s'impose, de même qu'il conviendrait de ne plus considérer ces plaintes comme le reflet systématique d'un comportement normal de la personne âgée, *qui n'aurait rien d'autre à faire* ! La comorbidité avec d'autres pathologies somatiques telles que les cancers, l'arthrite, les troubles cardio-vasculaires (20 à 25 % des sujets souffrant de ces troubles présentent une symptomatologie dépressive), ou encore avec des pathologies neurologiques telles que les démences ou les syndromes parkinsoniens, est très élevée. La prévalence de la dépression chez les parkinsoniens est estimée à 40 % bien que les liens entre ces deux pathologies soient complexes compte tenu des mécanismes physiologiques qui les sous-tendent.

Dépression et cancer

La dépression est difficile à diagnostiquer dans la mesure où les effets du traitement engendrent des symptômes qui imitent ceux de la dépression. C'est le cas de la perte de poids, des troubles du sommeil, de la fatigue, du manque d'énergie, des troubles de la concentration. La dépression lorsqu'elle est réelle dans ce contexte semble être un facteur de pronostic péjoratif tant sur la progression de la maladie (bien que les mécanismes qui sous-tendent cette péjoration soient mal connus et semblent indirects) que sur le risque de suicide.

1.3.3 Évaluation des troubles dépressifs

Premièrement, il apparaît nécessaire de souligner le caractère clinique de l'appréciation de la dépression, qui nécessite un entretien prolongé avec le sujet âgé et, lorsque cela est possible, de le mettre en lien avec les informations dont dispose l'aidant familial et/ou professionnel comme les modifications de l'humeur, des comportements ou les événements de vie

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

récents et passés. Enfin, les questionnaires et outils utilisés n'ont pour seul objectif que de permettre de repérer et, secondairement, d'évaluer l'intensité de l'état dépressif mais en aucun cas ils ne peuvent être considérés comme des outils en eux-mêmes diagnostiques. De plus, reconnaître cette expression atypique notamment dans le cadre de soins primaires nécessite un encadrement par des professionnels de santé mentale dans le suivi et l'évaluation pour être efficace (O'Connor, Whitlock, Beil et Gaynes, 2009). En ce qui concerne l'évaluation de la dépression de la personne âgée, il existe plusieurs échelles validées en français.

L'échelle la plus utilisée est la *Geriatric Depression Scale* (GDS), qui permet de contrôler l'influence des items physiques (Yesavage *et al.*, 1983). La version à 15 items serait, selon des travaux très récents, la plus valide en pratique courante (Mitchell, Bird, Rizzo et Meader, 2010). Un score compris entre 0 et 5 est considéré normal et, supérieur à 5, indique la nécessité d'aller plus avant dans les investigations d'un possible trouble de l'humeur.

La *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D ; Radloff, 1977) est également couramment utilisée, notamment dans le cadre d'études épidémiologiques. Elle comprend vingt items, dont chaque réponse est cotée de 0 à 3 sur une échelle de fréquence de survenue du symptôme au cours de la semaine écoulée. Elle doit être utilisée uniquement dans un objectif de dépistage. Les analyses statistiques ont mis en évidence 2 facteurs : le facteur affects positifs et le facteur affects dépressifs. Les travaux de validation de la version française (Fuhrer, 1989) suggèrent de retenir une note seuil de 17 pour les hommes et de 23 pour les femmes comme symptomatique d'affects dépressifs.

L'échelle *Hospital and Anxiety Depression Scale* (HADS ; Zigmond et Snaith, 1983) comprend quant à elle 14 items, 7 pour la dépression et 7 pour l'anxiété, elle a été validée chez le sujet âgé (Flint et Rifat, 1996).

Une autre échelle très utilisée est la *9-item Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), constituée de 9 items englobant les 9 symptômes caractéristiques de l'épisode dépressif majeur suivant le DSM-IV (Kroenke, Spitzer et Williams, 2001).

Enfin, la *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II ; Beck, Steer et Brown, 1996), qui est un autoquestionnaire comprenant 21 items cotés de 0 à 3, a été validée chez les sujets âgés (Segal, Coolidge, Cahill et O'Riley, 2008).

Toutefois ces échelles n'ont pas montré de validité psychométrique suffisante dans le cadre d'une comorbidité, tel le cancer du sujet âgé (Nelson, Cho, Berk, Holland et Roth, 2010). De plus, leur validité ne serait que partielle chez les sujets âgés présentant des troubles cognitifs

débutants. Il s'agit alors d'utiliser (lorsque le MMSE est inférieur à 15) l'échelle de Cornell (*Cornell Scale for Depression in Dementia* ; Alexopoulos, Abrams, Young et Shamoian, 1988). Cette échelle comprend un entretien avec le patient mais aussi avec un membre de la famille ou un aidant professionnel. Elle peut être utilisée dans le cadre des démences sévères. Enfin, le contexte du bilan semble jouer un rôle majeur pour l'utilisation de ces échelles. La CED-S semblerait ainsi la plus appropriée dans le cadre des consultations hospitalières et médicales, tandis que la GDS-15 items montrerait des qualités de sensibilité/spécificité supérieures dans le contexte des évaluations au domicile ou en institution (Blank, Gruman et Robison, 2004). Il s'agira donc d'être toujours prudent dans l'utilisation de ces outils et de considérer que leur utilisation nécessite d'être effectuée sous la supervision et le suivi d'un professionnel de santé (psychologue ou psychiatre) ayant été formé à la spécificité des troubles dépressifs chez le sujet âgé.

Nous présentons ici la GDS, qui est validée en population française et est largement utilisée en pratique clinique ou de recherche. Nous proposons ici la version brève à 15 items. L'utilisation de l'échelle doit évidemment être complétée par d'autres méthodes d'investigation, en particulier cliniques. La cotation de l'échelle permet d'obtenir un score qui atteste la sévérité du trouble de l'humeur. Ce score se calcule en faisant la somme des scores obtenus aux items du questionnaire. La réponse d'un patient est affectée d'un point si elle correspond aux réponses qui sont grisées dans l'échelle. Un total compris entre 0 et 5 atteste une humeur normale alors qu'un score supérieur à 5 pose la question d'un trouble dépressif.

Consigne pour la modalité de passation : « Choisissez, s'il vous plaît, la meilleure réponse pour décrire comment vous vous sentiez au cours de la dernière semaine. »

1. En somme, êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	oui	non
2. Avez-vous abandonné de nombreuses activités ou de nombreux intérêts ?	oui	non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui	non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	oui	non
5. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	oui	non
6. Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?	oui	non
7. Vous sentez-vous heureux la plupart du temps ?	oui	non
8. Vous sentez-vous souvent impuissant(e) ?	oui	non
9. Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire quelque chose ?	oui	non

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

10. Avez-vous le sentiment d'avoir davantage de problèmes de mémoire que la plupart des gens ?	oui	non
11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre maintenant ?	oui	non
12. Avez-vous le sentiment que vous ne valez pas grand-chose en ce moment ?	oui	non
13. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	oui	non
14. Pensez-vous que votre situation est sans espoir ?	oui	non
15. Pensez-vous que la plupart des gens sont meilleurs que vous ?	oui	non

1.4 Prise en charge

La prise en charge pharmacologique est souvent associée à prise en charge psychothérapeutique. Contrairement à une idée assez répandue, les psychothérapies pour les sujets âgés sont efficaces, qu'elles soient cognitives, interpersonnelles ou qu'il s'agisse de thérapies de groupe (Blazer, 2002).

La prise en charge médicamenteuse est délicate compte tenu des effets secondaires des antidépresseurs. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) semblent les plus efficaces dans ces populations et moins difficiles à gérer que les tricycliques. Ces derniers sont par ailleurs associés à des effets secondaires importants (Katona, 2000). Il est en effet actuellement bien démontré par exemple que la prise de psychotropes est associée à une augmentation du risque de chutes (Bloch *et al.*, 2011). En revanche le lien entre risque suicidaire et prise d'antidépresseurs serait nul chez les sujets âgés de plus de 65 ans (Bloch *et al.*, 2011). En ce qui concerne les individus ayant reçu le diagnostic de démence, les antidépresseurs n'auraient aucune efficacité démontrée (*vs.* placebo ; Nelson et Devanand, 2011).

Les prises en charge psychothérapeutiques apparaissent particulièrement intéressantes, car efficaces et ne présentant pas d'effets secondaires iatrogènes dans la prise en charge des troubles dépressifs chez les sujets âgés, particulièrement les thérapies comportementales et cognitives (TCC), qui ont été les plus étudiées.

Les TCC sont efficaces chez les sujets âgés (Wilson, Mottram et Vassilas, 2008), chez les sujets âgés avec comorbidités somatiques, et particulièrement chez ceux ayant reçu un diagnostic d'épisode dépressif majeur (Beltman, Voshaar et Speckens, 2010).

Donnée importante en termes de coût et d'implémentation, les prises en charge groupales s'avèrent être des traitements efficaces chez le sujet

âgé (Krishna *et al.*, 2011) même chez les individus présentant des troubles cognitifs (exécutifs) légers (Alexopoulos, 1992).

L'association antidépresseur et psychothérapie montre un taux de rechute plus faible que lorsque ces deux traitements sont employés isolément. Le problème principal qui se pose est celui de la compliance médicamenteuse car 40 % des personnes âgées traitées stoppent leurs antidépresseurs entre 4 et 6 semaines d'instauration, moins de 40 % d'entre elles n'allant pas au-delà de 6 mois.

En ce qui concerne l'efficacité des antidépresseurs dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), il est à noter que leur efficacité est faible (Boyce *et al.*, 2012). Une étude récente a pu mettre en évidence que la prescription d'antidépresseurs dans les EHPAD était particulièrement inadaptée. Un quart des individus avec un diagnostic de dépression n'avaient pas de traitement, un tiers n'ayant pas de diagnostic de dépression se voyait prescrire un antidépresseur et enfin les informations sur les doses prescrites, les effets secondaires ou les raisons pour continuer les prescriptions étaient quasi absentes des dossiers de soin (Shah, Schoenbachler, Streim et Meeks, 2012). Le manque de personnel formé, de suivi rationalisé, les croyances exagérées en l'efficacité des traitements semblent être des variables explicatives de ce véritable problème de santé publique encore peu étudié.

Cependant, et même si peu d'études existent sur le sujet, des interventions comportementales visant à augmenter les expériences plaisantes et le sentiment de contrôle commencent à apporter des éléments d'efficacité (Meeks, Looney, Van Haitsma et Teri, 2008) même si des essais sur des populations importantes sont nécessaires.

2. Les troubles bipolaires

Ces troubles sont mal connus dans la population âgée et renvoient soit à leur devenir dans le temps lorsqu'ils ont démarré à l'âge adulte, soit à un trouble bipolaire tardif, c'est-à-dire survenu après 65 ans. En d'autres termes, les troubles bipolaires peuvent survenir à n'importe quel âge de la vie.

Trois cas de figure peuvent être distingués (Galland, Vaille-Perret et Jalenques, 2005) :

1) les troubles bipolaires, qui se caractérisent par la survenue préalable d'un trouble unipolaire (versant dépressif) puis par la survenue d'un

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

épisode maniaque qui vient révéler la bipolarisation. Généralement, plusieurs épisodes dépressifs se succèdent avant l'apparition du versant maniaque des années plus tard (10 à 17 ans de période de latence).

2) le vieillissement d'un trouble bipolaire d'installation ancienne.
3) la survenue tardive d'un trouble bipolaire en l'absence de trouble de l'humeur préalable.

Les deux premiers cas de figure caractérisent la maladie maniaco-dépressive alors que le troisième est considéré comme la conséquence d'une atteinte organique.

La prévalence des troubles bipolaires sur toute la durée de la vie et de 3 à 6 %, et diminuerait au-delà de 65 ans pour atteindre 0,1 %.

2.1 Clinique des troubles bipolaires

Cliniquement, les troubles bipolaires se répartissent en 3 formes cliniques. Le trouble bipolaire de type I associe troubles de l'humeur et alternance d'épisodes maniaques.

Les états maniaques ne sont cependant pas toujours francs et spectaculaires. Des formes atténuées renvoient à l'hypomanie et caractérisent le trouble bipolaire de type II, qui associera alors ces états avec des troubles de l'humeur. Enfin, il n'est pas rare d'observer un virage maniaque chez certains patients dépressifs, sous l'effet de certaines molécules utilisées dans le traitement de leur dépression. Ces épisodes caractérisent le trouble bipolaire de type III.

La sémiologie de l'épisode maniaque au cours des troubles bipolaires ayant débuté à l'âge adulte chez le sujet âgé se caractérise par des troubles touchant à la fois :

– la sphère comportementale : colère, hyperactivité, agitation, irritabilité, l'euphorie est peu présente ;
– la sphère cognitive : les troubles du cours de la pensée sont présents mais moins marqués que chez l'adulte plus jeune, passage du coq à l'âne, troubles de l'attention/concentration, fuite des idées ;
– la présence de troubles intéressant la production du discours : logorrhée, discours diffluent ;
– des troubles du sommeil de type insomnie qui renvoient à l'idée que dormir est une perte de temps (le sujet n'a pas de troubles du sommeil au sens habituel du terme) ;
– des idées délirantes complètent le tableau mais chez le sujet âgé elles revêtent plutôt des thèmes de persécution ou des idées de référence,

alors que classiquement nous observons plus volontiers des idées mégalomaniaques ;
– des troubles de la conscience tels que l'onirisme, qui s'atténuent avec l'amélioration de l'épisode maniaque.

Le pronostic n'est pas favorable, la maladie bipolaire appauvrissant le fonctionnement général des patients et accentuant la vulnérabilité ou fragilité des personnes âgées qui en souffrent (Galland *et al.*, 2005).

Les troubles bipolaires de survenue tardive concernent les sujets qui présentent un épisode maniaque pour la première fois au-delà de 65 ans, et qui n'ont jamais présenté d'antécédents thymiques antérieurs. Les spécificités cliniques de ces troubles sont peu investiguées et les résultats des quelques études à disposition sont peu probants. La principale difficulté que pose un diagnostic de manie à un âge tardif est celle qui a trait à l'origine potentiellement organique de celle-ci.

Tableau 2.2 – *Critères DSM-IV-TR du trouble maniaque*

A. Une période marquée d'humeur anormalement et continûment élevée, expansive ou irritable, durant au moins une semaine.
B. Pendant cette période, présence d'au moins trois des symptômes suivants :
1. Estime de soi surdéveloppée ou grandiosité ;
2. Baisse du besoin de sommeil (ex. se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil) ;
3. Plus parlant que d'habitude ou tentatives de conserver la parole ;
4. Envolée d'idées ou impression subjective que les pensées courent ;
5. Distraction (*i.e.* attention trop facilement détournée par des stimuli externes) ;
6. Augmentation des activités orientées ou agitation psychomotrice ;
7. Implication excessive dans les activités agréables qui présentent un risque important (ex. s'engager dans des achats non contrôlés, indiscrétions sexuelles, ou investissements risqués).
C. Les symptômes ne correspondent pas à ceux d'un épisode mixte.
D. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour provoquer une détérioration marquée des occupations usuelles, ou des activités sociales ou relationnelles ou pour nécessiter une hospitalisation pour prévenir des lésions personnelles ou aux autres, ou caractéristiques psychotiques.
E. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (ex. abus de drogue, médicament) ni à une situation de santé générale (ex. hyperthyroïdisme).

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

3. Suicides et tentatives de suicide

Le taux de suicide est 2 fois supérieur à celui de la population jeune. Alors qu'il est de 17,1 pour 100 000 habitants, il est de 32 pour les 75-84 ans, de 44 pour les 85-94 ans et de 38,8 chez les plus de 95 ans (INSERM). Sur 10 000 suicides répertoriés en France chaque année, 3 000 concernent les plus de 65 ans (soit 20 % des 12 000 cas de TS chaque année). Il représente la 3e cause de mortalité dans ces populations, la tentative de suicide se muant en suicide réussi dans pratiquement 100 % des cas, le ratio TS/suicide abouti diminuant avec l'âge pour tendre vers 1. Il convient de distinguer sujet suicidé (qui a réussi son suicide), sujet suicidant (qui a fait une tentative de suicide) et sujet suicidaire (qui présente des idées de suicide).

3.1 Clinique du suicide

Une typologie du sujet à risque a été tentée et met en avant des facteurs de risque plus élevé dans la population masculine, d'âge avancé, non mariée, avec un bas niveau d'éducation, un traitement psychiatrique antérieur, des antécédents de TS, et socialement isolée (Wiktorsson, Runeson, Skoog, Ostling et Waern, 2010).

La méthode de suicide la plus courante chez les sujets de plus de 60 ans est la pendaison, à la fois chez les hommes et chez les femmes, le lieu du suicide étant principalement le domicile.

Les troubles de l'humeur sont une cause majeure de suicide chez les âgés et particulièrement les troubles bipolaires. Mais si l'on pouvait penser que les conduites suicidaires étaient systématiquement en lien avec un trouble de l'humeur sous-jacent, il n'en est pas toujours ainsi. En effet, certaines personnes âgées ne surmontent pas leur handicap ou ne souhaitent pas faire porter le poids de celui-ci à leurs descendants.

Des facteurs de personnalité comme l'impulsivité, de comorbidité, une douleur chronique, un handicap ou une invalidité sont des facteurs impliqués dans le passage à l'acte suicidaire (Jill et Steve, 2010).

Par ailleurs, 75 % des sujets étant passés à l'acte ont rencontré leur médecin traitant dans le mois précédant leur geste (Alexopoulos, 1992). Ce constat pose évidemment la question du repérage des signes cliniques évocateurs du risque suicidaire.

Tout événement entraînant un changement important dans la vie quotidienne de la personne âgée peut accroître le risque de passage à

l'acte. Tous les signes cliniques qui sont en rupture avec le comportement habituel de la personne doivent être questionnés. Un âge avancé, une tentative de suicide récente, l'isolement social et familial, un deuil récent, la présence d'une addiction en particulier à l'alcool, l'institutionnalisation récente sont autant de facteurs dont la présence est associée à un risque de passage à l'acte.

3.2 Démarche diagnostique

En pratique, il convient donc de rechercher la présence de ces signes et de ne pas craindre d'aborder la question des idéations suicidaires. Contrairement à une croyance qui a la vie dure, parler du suicide n'augmente pas le risque !

L'évaluation précise du risque suicidaire peut être difficile. Des personnes avec des intentions suicidaires peuvent éviter de répondre positivement aux questions relatives aux envies et idées de suicide (faux négatifs), alors que d'autres peuvent indiquer des idées suicidaires sans avoir de sérieuses envies de se suicider (faux positifs).

Il n'existe pas d'outil spécifique valide évaluant le risque de suicide chez les sujets âgés. Plusieurs outils peuvent aider à évaluer le risque suicidaire chez le sujet âgé (O'Connor, Gaynes, Burda, Soh et Whitlock, 2013). L'item 9 du PHQ-9 « Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre au cours des deux dernières semaines ? » a été utilisé dans plusieurs études sur le sujet. Cependant les idées suicidaires se confondent ici avec les idées de mort. Des études ont mis en évidence que l'on pouvait utiliser avantageusement la GDS 15 items mais aussi en extraire une sous-échelle « risque suicidaire » afin d'en améliorer la sensibilité et la spécificité (Heisel, Duberstein, Lyness et Feldman, 2010). Ces 5 items sont ; « Avez-vous le sentiment que votre vie est vide (item 3) ? », « Êtes-vous heureux la plupart du temps (item 7) ? », « Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque (item 11) ? », « Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement (item 12) ? », « Pensez-vous que votre situation est désespérée actuellement (item 14) ? ». Un score de 1 à cette sous-échelle GDS-SI constitue un *cut-off* optimal pour les hommes comme pour les femmes pour évaluer le risque suicidaire. Si l'on utilise la GDS-15 entièrement, Le *cut-off* optimal sera de 5 pour les hommes et de 3 pour les femmes (Heisel *et al.*, 2010).

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

3.3 Prise en charge

Au niveau des prises en charge (principalement TCC), il a été montré que les psychothérapies réduisaient chez les patients à risque suicidaire les tentatives de suicide de 32 % (O'Connor *et al.*, 2013) alors qu'il n'y a que peu de preuves de l'efficacité des traitements pharmacologiques comme le lithium. La thérapie cognitivo-comportementale apparaît plus efficace que d'autres traitements pour diminuer la récidive de tentatives de suicide. Elle serait efficace bien que comparable aux autres formes de traitements pour diminuer les idéations suicidaires. La TCC semble plus efficace que d'autres traitements psychothérapeutiques (psychanalyse, thérapies systémiques) pour diminuer la récidive de tentatives de suicide. Du fait du peu d'études existantes et des biais méthodologiques de celles-ci (nombre de sujets inclus, absence de suivi à long terme, etc.), des études supplémentaires notamment chez les sujets âgés sont nécessaires.

4. Les addictions du sujet âgé

La question des addictions chez les sujets âgés nous interroge à plus d'un titre tant elles recouvrent des réalités hétérogènes et complexes. Celles-ci contribuent malheureusement au manque d'évaluation systématique qui nous permettrait d'avoir une idée de l'ampleur de ces troubles dans ces populations vulnérables compte tenu de l'âge (Fantini-Hauwel, 2009). Les recherches internationales tendent à converger vers l'idée d'une augmentation importante de ces pathologies chez les seniors dans les années à venir (Shibusawa, 2006).

La question de la dépendance ne peut être traitée sous une seule perspective. En effet, de quelle dépendance parle-t-on ? En regard de quel produit ? Il n'est pas sûr que ces réalités revêtent des conceptualisations similaires. Devons-nous parler d'addiction ou de mésusage chez les aînés ? Ou encore, est-il opportun de parler de *continuum* entre le mésusage chez l'âgé et l'addiction ?

Nous aborderons ici les principales addictions rencontrées chez le sujet âgé. Le lecteur intéressé par une présentation exhaustive des différentes dépendances rencontrées (drogues, jeux, télévision, etc.) pourra utilement se référer à l'ouvrage de Fernandez *et al.* (2009).

4.1 Clinique de la dépendance à l'alcool

Les conduites d'alcoolisation chez l'âgé sont de deux types. Elles peuvent refléter la poursuite d'une conduite commencée précocement (alcoolisation à début précoce), posant alors le problème des interactions avec le contexte physiologique. Nous parlons plus volontiers d'alcoolisme à début tardif au-delà de l'âge de 60 ans, même si cette limite n'est pas toujours consensuelle. Le repérage de ces conduites d'alcoolisation tardive est difficile d'une part et pose la question de ce qui peut y conduire d'autre part. En effet, il est maintenant admis qu'il existe un déclin de la consommation d'alcool l'âge avançant, la sensibilité physiologique en majorant les effets. La question de l'hygiène de vie se pose également de manière plus accrue afin de préserver celle-ci le plus longtemps possible. D'autre part, le vieillissement s'accompagne d'un repli narcissique, d'une mobilité parfois réduite, plus difficile, qui se traduit par un déclin des contacts sociaux et par une diminution des possibilités d'alcoolisation, les occasions se faisant plus rares.

L'alcoolisation tardive se situe plutôt du côté d'un symptôme à traiter, signe d'une souffrance qui n'est pas toujours reconnue et donc peu prise en charge, notamment dans les milieux institutionnels. Il est vrai que ces conduites bénéficient d'une indulgence eu égard à l'âge des seniors, mais elles bénéficient également du phénomène de « double déni », qui consiste à considérer qu'une conduite est normale chez un patient, celui-ci ne la reconnaissant pas comme pathologique non plus. Le manque de connaissances des problématiques addictives en gérontologie a fréquemment été incriminé pour expliquer le double déni, le trouble étant considéré comme normal pour faire face aux conséquences de traumas ou de stresseurs psychosociaux.

Quoi qu'il en soit, 10 à 50 % des personnes de plus de 60 ans consomment de l'alcool en excès (Merrick *et al.*, 2008) et 20 à 25 % des personnes de plus de 75 ans connaissent des épisodes d'alcoolisation sévère (Adams, Barry et Fleming, 1996).

Contrairement aux individus jeunes qui cherchent l'effet plaisant ou plaisir de l'alcool, les personnes âgées recherchent plutôt l'effet thérapeutique, qu'il soit psychique (douleur morale) ou pour soulager la douleur physique (Colleran, 2002 ; Van Wormer, 2002). La consommation d'alcool a été décrite comme étant une stratégie employée par certains sujets vieillissants pour gérer leurs douleurs. Toutefois et paradoxalement, les sujets qui connaissent des problèmes d'alcool rapportent des douleurs plus sévères, des interruptions dans leurs activités quotidiennes du

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

fait même de ces douleurs, et consomment d'autant plus qu'elles sont intenses, et ce par comparaison à des sujets « non buveurs » (Brennan, 2005).

La dépendance à l'alcool est directement responsable de certaines formes de démence, notamment l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke, caractérisée par la survenue d'un état confusionnel associé à des troubles du langage, et le syndrome de Korsakoff, qui forme un tableau d'amnésie antérograde, associé à des fausses reconnaissances et à des fabulations qui viennent combler les lacunes mnésiques.

S'il est admis que la consommation d'alcool diminue, en revanche, celle des psychotropes augmente (Moos, 2005), association d'autant plus problématique que les personnes âgées ont une consommation élevée de ces produits, notamment les benzodiazépines.

4.2 Clinique de la dépendance aux médicaments

La question des conduites addictives ou du mésusage de substances addictives chez l'âgé nous paraît indissociable du somatique. En effet, la plainte chez le sujet vieillissant emprunte préférentiellement cette voie d'une part, et le mésusage, notamment médicamenteux, est intrinsèquement lié au corps d'autre part. L'usage du médicament fait-il taire le symptôme en soi, ou s'agit-il de faire taire ce que le corps vieillissant expose au grand jour ?

Les personnes âgées ont une consommation de médicaments plus élevée qu'aux autres périodes de vie, ce qui constitue en soi un risque de mésusage eu égard aux interactions liées à la polymédication.

La moitié de la population âgée utiliserait mal les médicaments prescrits ou non, qu'il s'agisse d'analgésiques, d'antispasmodiques, de sédatifs ou d'antidépresseurs (Folkman, 2007). L'origine du mésusage s'est avérée complexe et multifactorielle : manque de compliance, interactions entre les médicaments, interactions entre médicaments et alcool ou encore utilisation de plusieurs molécules d'une même classe pharmacologique.

Des facteurs comme les limitations cognitives, le manque d'adhésion thérapeutique, qu'il soit volontaire ou lié à l'oubli, ou l'inadéquation des prescriptions ont pu être avancés pour tenter d'expliquer les phénomènes de mésusage. De même, le manque de suivi médical de ces dernières a été pointé du doigt alors que chez les sujets vieillissants, ce suivi est essentiel. En effet, cette population est particulièrement exposée aux pathologies somatiques et l'utilisation des benzodiazépines augmente lorsqu'il y a

comorbidité entre ces troubles et la dépression, notamment lorsqu'ils ont une origine cardio-vasculaire ou rhumatismale (Finlayson, 1995).

Cela étant, les raisons évoquées quant à la mauvaise utilisation des traitements sont peu consensuelles compte tenu notamment des difficultés à définir le mésusage d'une part et parce que les recherches qualitatives sur les facteurs impliqués dans ces pratiques « à risque » sont peu développées.

Pourtant, les sujets âgés mentionnent clairement que des événements stressants de nature psychosociale ou physique ont contribué à la mise en place d'une prise en charge par psychotropes (Voyer, 2004). Parmi les facteurs de stress physiques, les aînés mentionnent la maladie, l'intervention chirurgicale ou l'hospitalisation, motifs qui entraîneraient dépression, troubles du sommeil ou anxiété, expliquant la prescription de psychotropes. Cela étant, cette étude met en avant l'absence d'alternative proposée par le prescripteur pour traiter les difficultés psychologiques. Dans 90 % des cas, celui-ci propose un traitement pharmacologique avant même que la demande soit clairement formulée.

L'évolution de nos sociétés s'est accompagnée en parallèle d'une évolution des droits propres à chaque personne et parmi ceux-ci la reconnaissance d'un droit au soulagement de la douleur. Cette question n'est pas anodine chez les sujets vieillissants puisque le corps est le lieu du ressenti et de l'expression de la souffrance au travers de la plainte somatique, en même temps que le témoin du temps qui passe, et de la difficile nécessité de supporter la vieillesse et son cortège de douleurs physiques (Herve, 1998). Le vieillissement se caractérise par une crise identificatoire face au constat, entre autres, de la perte des capacités physiques, de la vulnérabilité aux affections somatiques, aux douleurs qui prennent alors un autre sens, et ainsi face à la modification de l'image corporelle qui en découle. Le recours aux drogues, qu'elles soient prescrites ou non, est un moyen de choix pour faire taire les manifestations corporelles ou « affranchir l'esprit du corps, celui-ci étant le pivot du monde en tant que support des affects » (Merleau-Ponty, 1936).

5. Les troubles délirants d'apparition tardive

Dans les classifications actuelles, les psychoses chroniques sont reprises sous le terme « schizophrénie et autres troubles psychotiques » alors que la nosographie classique fait la différence entre psychoses aiguës et

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

psychoses chroniques. Ces dernières incluent la schizophrénie et différentes formes cliniques, de même que la paranoïa, les paraphrénies et psychoses hallucinatoires chroniques.

Historiquement parlant, c'est le concept de paraphrénie tardive qui désignait les formes de schizophrénie survenant à un âge avancé, afin de les distinguer des psychoses chroniques, terme adopté dans les classifications CIM-9 et DSM-III-R, mais non repris dans les versions ultérieures de ces systèmes de classification internationale.

5.1 Clinique des troubles délirants tardifs

L'abord des rapports entre vieillissement et psychose impose de distinguer les psychoses vieillies, les psychoses de survenue tardive qui apparaissent au-delà de 45 ans et les psychoses très tardives se manifestant au-delà de l'âge de 60 ans.

La proportion de patients âgés atteints de psychoses va en augmentant, ce qui nécessite des stratégies de prise en charge ou de soins adaptées à leur problématique.

5.1.1 Vieillissement des psychoses chroniques

La prévalence des schizophrénies dans la population générale est de 1 % et décroît lorsqu'on s'intéresse au devenir de ces patients. En effet, la surmortalité, les risques somatiques, l'appauvrissement de la symptomatologie positive avec l'âge, gênant alors le diagnostic, pourraient expliquer cette diminution de prévalence (Galland et Jalenques, 2009). Il ne semble pas apparaître de consensus quant à l'évolution de la symptomatologie des psychoses au cours du vieillissement. Nous retrouvons dans la littérature des études soutenant la thèse d'une diminution de l'intensité des idées délirantes ou des hallucinations et une augmentation de la symptomatologie négative qui renvoie à la pauvreté du discours, aux troubles du cours de la pensée, et à l'ébrasement des affects ou le repli. Ces symptômes confèrent cet aspect déficitaire que l'on ne manque pas de remarquer chez les psychotiques âgés. À l'inverse, certains praticiens ou chercheurs soutiennent la thèse d'un tableau similaire aux épisodes de survenue précoce. Ces contradictions laissent penser que les psychoses vieillies se caractérisent par des tableaux plutôt hétérogènes.

5.1.2 Psychoses tardives et très tardives

La prévalence de survenue d'une psychose dont le premier épisode apparaît au-delà de 60 ans est estimée à 2-4 % de la population des personnes âgées (Giblin, Clare, Livingston et Howard, 2004). Le terme *psychose très tardive* désigne donc une psychose survenant au-delà de 60 ans et se caractérisant par un système délirant bien organisé (systématisé), avec ou sans hallucinations, et sans trouble manifeste de la personnalité ou du fonctionnement intellectuel (Almeida, Howard, Förstl et Levy, 1992). Ces psychoses d'installation insidieuse peuvent renvoyer à un trouble délirant, à la schizophrénie ou encore à la paraphrénie et à la psychose hallucinatoire chronique, bien que ces deux dernières entités ne soient plus reprises dans le DSM-IV-TR ou la CIM-10.

En ce qui concerne spécifiquement la schizophrénie, la question qui se pose alors est de savoir si l'entité dite « très tardive » se distingue étiologiquement des schizophrénies de survenue plus précoce situées entre 40 et 60 ans. Une conférence de consensus international (2000) a estimé qu'il y avait suffisamment d'arguments pour maintenir une distinction entre schizophrénie tardive et schizophrénie très tardive (Howard, Rabins, Seeman, Jeste et Group, 2000).

La première se caractérise par une symptomatologie similaire à celle rencontrée chez les sujets jeunes, soit la forme classique de la maladie, apparaissant chez l'adulte jeune (Howard, Castle, Wessely et Murray, 1993 ; Pearlson *et al.*, 1989), tandis que la seconde diffère en ce sens que les troubles du cours de la pensée et l'abrasion des affects sont peu fréquents alors que les hallucinations sont plus fréquemment retrouvées qu'au cours des schizophrénies plus précoces.

Bazin relève avec justesse que les schizophrénies tardives pourraient en fait n'être que des schizophrénies classiques, dont la symptomatologie n'était pas suffisamment bruyante pour être repérée, les individus dans ce cas ayant pu être maintenus et étayés suffisamment pour éviter des décompensations lourdes (Bazin, 2004). Par ailleurs, les données épidémiologiques indiquent une prévalence de 1 % en population générale, avec une apparition du trouble chez le jeune adulte. Il est plus que probable qu'une partie des personnes souffrant de schizophrénie ne soit pas connue des secteurs psychiatriques au moment où elles décompensent. La prise en charge effective peut également être tardive si les troubles sont bien tolérés socialement.

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

Cliniquement, il faut rappeler que la sémiologie de la schizophrénie, dans la nosographie française[1] renvoie à l'existence d'un syndrome dissociatif (signe pathognomonique de la maladie) qui témoigne de la perte d'intégrité psychique, auquel s'associent des idées délirantes à thèmes et mécanismes multiples. L'absence de celle-ci au cours de l'examen clinique tendrait alors à exclure le diagnostic de schizophrénie mais la spécificité de la sémiologie à cet âge avancé diffère au point de ne pas retrouver ces signes, ni les troubles du cours de la pensée d'où l'appellation anglo-saxonne de *Very Late Onset Schizophrenia-Like Psychosis*, soit « psychose d'allure schizophrénique d'apparition très tardive ». Cependant, si la dissociation n'est pas reconnue dans la nosologie anglo-saxonne dominante, il n'en demeure pas moins que la notion de dissociation reste essentielle en France pour poser un tel diagnostic.

L'absence de syndrome dissociatif inviterait alors à questionner la présence d'un trouble délirant tardif qui repose principalement sur des mécanismes interprétatifs soutenant la construction du délire. Les thématiques de celui-ci sont généralement de nature persécutive, se rapportent au préjudice, à la jalousie, etc.

La présence d'un délire systématisé sous-tendu par la prédominance de mécanismes imaginatifs et à thème fantastique est plutôt évocatrice d'une paraphrénie. Ici, la dissociation est limitée.

Lorsque les mécanismes qui sous-tendent le délire sont du registre des hallucinations et s'accompagnent de commentaire des actes, d'échos de la pensée, d'ordres donnés par les voix, etc. nous évoquerons plus facilement le diagnostic de psychose hallucinatoire chronique. Les hallucinations sont psychiques (souvent décrites comme des voix intérieures) et psychosensorielles (qui s'appuient sur la sensorialité, extérieures aux sujets). Ces deux derniers troubles sont peu fréquents (0,17 % respectivement).

La nosographie française isole plusieurs syndromes au sein des psychoses, à savoir les schizophrénies, les délires chroniques, les psychoses hallucinatoires chroniques et la paraphrénie. Les classifications internationales proposent de ne retenir que le diagnostic de schizophrénie qui intègre la PHC et la paraphrénie. Seule la paranoïa reste individualisée.

---

1. Dans les classifications DSM et CIM, la dissociation n'est pas retenue comme un critère essentiel au diagnostic de schizophrénie, ce qui a abouti à faire disparaître cette notion pourtant cliniquement pertinente. Cela signifie qu'une schizophrénie anglo-saxonne pourrait tout à fait ne pas être diagnostiquée comme telle en France.

La difficulté majeure que pose le diagnostic de psychose tardive réside dans la fréquence des troubles délirants rencontrés dans d'autres pathologies ; 5 % des sujets âgés de plus de 65 ans présentent un épisode psychotique pouvant être qualifié de très tardif indépendamment de toute autre pathologie.

La présence de troubles délirants au cours de la dépression, dans les troubles cardio-vasculaires ou au cours d'autres affections somatiques n'est pas rare et contribue à l'espérance de vie limitée de ces sujets.

Une étude épidémiologique a montré que 9,8 % des sujets au-delà de 65 ans présentaient un épisode psychotique sans antécédents. Ces troubles faisaient partie de tableaux démentiels (40 %), de tableaux dépressifs (32,5 %), étaient liés à une pathologie somatique (6 %), survenaient au cours d'un épisode confusionnel (10 %) ou d'un trouble bipolaire (5,6 %). Le diagnostic de délire chronique concernait 2,4 % des sujets, de même que le diagnostic de schizophrénie ou de troubles schizo-affectifs était retenu pour 1,2 % des cas (Webster et Grossberg, 1998). Au cours des troubles dépressifs, il faut retenir que généralement, les idées délirantes sont congruentes à l'humeur (Serretti, Lattuada, Cusin et Smeraldi, 1999).

Pour conclure, un certain nombre de facteurs de risque de psychose tardive ont pu être identifiés :
– être une femme ;
– avoir vécu un deuil, une séparation ;
– ne pas avoir d'enfant ;
– avoir perdu son emploi ;
– avoir un étayage familial précaire ;
– éprouver un sentiment d'insécurité, de vulnérabilité.

58 % des sujets présentant un trouble délirant tardif présentent des caractéristiques de personnalité soit schizoïde, soit schizo-affective, soit paranoïaque. Les déficits sensoriels auditifs et visuels sont des facteurs de risque en regard des hallucinations portant sur les mêmes modalités sensorielles, au point que la pathogénèse de ces déficits est questionnée dans les troubles délirants tardifs. Cependant il sera très important pour le clinicien de bien considérer que la présence d'hallucinations ou d'idées délirantes ne doit pas être considérée comme la signature d'une psychose chronique. Le syndrome de Charles Bonnet par exemple, qui consiste en la présence d'hallucinations visuelles complexes (uniquement) chez des sujets âgés présentant des troubles visuels sans idées délirantes en est le parfait exemple. Devant la présence d'idées délirantes nouvellement apparues, de phénomènes psychosensoriels anormaux par leur

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

présence, un examen médical complet est nécessaire tant les causes somatiques et biologiques peuvent être nombreuses (origine médicamenteuse, épilepsie, privation de sommeil, etc.).

Enfin il apparaît fondamental de préciser que les expériences hallucinatoires ou délirantes sont des phénomènes relativement fréquents dans la population générale, jeune et âgée, et ces expériences doivent être considérées *via* un *continuum* (De Leede-Smith et Barkus, 2013 ; Laroi *et al.*, 2012). Il est à noter qu'il existe un lien fort entre ces expériences psychotiques « normales » et la détresse émotionnelle ou les troubles anxieux et dépressifs (Saha, Scott, Varghese et McGrath, 2012).

Enfin, il nous semble de même particulièrement important de nuancer le terme chronique en tant que définitif. Le taux de rémission qui correspond à un intervalle de temps au cours d'une maladie chronique, pendant lequel les symptômes sont atténués et peuvent même disparaître existe dans la schizophrénie ! Les études longitudinales ont montré un taux de rémission situé entre 17 et 78 % chez les populations vivant un premier épisode et entre 16 et 62 % chez les individus qui vivront plusieurs épisodes (AlAqeel et Margolese, 2012).

De même, il est fondamental de considérer que la psychose n'est pas synonyme d'arrêt dans une trajectoire de vie. La stigmatisation des individus souffrant de schizophrénie, encore extrêmement forte (criminel, dangerosité, dédoublement de personnalité), n'est aucunement justifiée scientifiquement. Les personnes souffrant de schizophrénie sont aujourd'hui considérées comme des personnes capables de jouer un rôle actif dans la société, de se rétablir de la maladie. En effet, comme nous l'écrivions précédemment, un taux non négligeable de personnes atteintes de schizophrénie ou de troubles psychotiques autres s'améliorent significativement sur le plan fonctionnel et symptomatique au fil des années.

La prise en charge implique de privilégier à la fois les approches médicamenteuses et non médicamenteuses. En effet, un des problèmes importants de la schizophrénie réside dans la faible conscience des troubles (insight), ce qui a pour conséquence une observance faible au traitement antipsychotique et une alliance thérapeutique difficile. De plus il s'avère maintenant bien démontré que les traitements antipsychotiques ont une efficacité limitée sur les symptômes cliniques de la schizophrénie, très faible sur la qualité de vie avec des effets secondaires importants (syndromes métaboliques, notamment ; Leucht *et al.*, 2012). Or un ensemble de traitements psychologiques et non médicamenteux comme les thérapies comportementales et cognitives, la psychoéduca-

tion des familles, l'exercice physique adapté, la musicothérapie, la prise en charge neuropsychologique (remédiation cognitive) sont efficaces et améliorent la vie quotidienne des individus souffrant de schizophrénie, diminuent les rechutes et les ré-hospitalisations. Ces thérapies sont particulièrement efficaces quand elles sont personnalisées et centrées sur les objectifs des individus. Cet ensemble de facteurs favorise l'engagement et la motivation, notions clés pour la réussite de tout programme de soins et de rétablissement.

Enfin, la présence de troubles cognitifs commence à être sérieusement évoquée en tant que facteurs à l'origine des troubles délirants, et ce d'autant plus que la piste neuropathologique d'un trouble portant sur les voies de transmission est privilégiée dans ces atteintes.

6. La confusion mentale

La confusion mentale est un phénomène complexe à appréhender et posant des problèmes de prise en charge lorsqu'elle survient. Bien que les complications qui lui sont associées soient réversibles si traitées à temps, les épisodes confusionnels sont associés à une surmortalité, à une hospitalisation plus longue, et peuvent être à l'origine du placement en institution du sujet âgé.

La confusion mentale est un trouble relativement fréquent chez les personnes âgées (30 à 40 % chez les sujets de plus de 70 ans). Bien qu'ayant été décrite à plusieurs reprises depuis Hippocrate, notamment sous la plume de Pinel, qui décrivit un état d'affaiblissement intellectuel qu'il dénomma démence (Pinel, 1809) et qui ferait l'objet d'une différenciation, notamment par la description d'une forme aiguë que l'on doit à Esquirol (Esquirol, 1838), la confusion mentale a été décrite par Chaslin, qui distinguera une confusion mentale primitive par opposition à une confusion mentale induite par des troubles psychiatriques, et dite secondaire (Chaslin, 1895).

Actuellement la définition même de la confusion mentale pose problème : s'agit-il d'un trouble de l'attention, de la conscience, d'une altération des cycles veille-sommeil ?

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

6.1 Clinique de la confusion mentale

Le diagnostic d'état confusionnel est souvent difficile compte tenu de l'aspect polymorphe et très fluctuant de la sémiologie. Généralement, c'est l'entourage qui signale que quelque chose ne va pas. Le patient semble incohérent dans ses propos, fait des choses absurdes. Cependant, il arrive que le tableau confusionnel soit marqué par un retranchement et par l'absence de plainte, d'où la difficulté à le diagnostiquer. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé retiennent que l'hypothèse d'un état confusionnel doit être évoquée devant des modifications brutales du comportement qui contrastent avec les habitudes du patient ou lorsqu'il y a inversion du rythme nycthéméral (HAS, Haute autorité de Santé, 2009).

On retiendra qu'il existe trois formes cliniques : la confusion mentale hypervigilante, hypovigilante, et la forme mixte. Ces différentes formes se définissent en regard des troubles de la conscience qui sont essentiels au diagnostic.

6.1.1 Troubles de la conscience

Ils sont également désignés par le terme « obnubilation » ou obscurcissement de la conscience (*cloud of consciousness*). Les troubles de l'attention et l'altération de la vigilance permettent de rendre compte de l'état modifié de conscience.

Les troubles de la conscience de soi et de l'environnement se rencontrent lorsque le patient ne sait plus qui il est, ne reconnaît pas ses proches, ou lorsque son environnement ne lui paraît pas familier.

Les troubles de la vigilance se traduisent par une difficulté à percevoir l'environnement. La réactivité des sujets est également modifiée, allant de l'excitation à l'inhibition, ce qui définit les deux formes cliniques que sont les états confusionnels primitif et secondaire. Ces troubles peuvent se manifester au décours de troubles du cycle veille-sommeil c'est-à-dire que les cycles nycthéméraux peuvent être inversés, le patient dormant le jour et étant insomniaque la nuit. Cependant cette inversion n'est pas spécifique aux états confusionnels puisque ces troubles ont d'une part d'autres étiologies mais sont aussi fréquents dans certains troubles psychiatriques (psychoses, troubles bipolaires par exemple).

Des hallucinations visuelles peuvent être observées, voire des illusions (l'hallucination se caractérise par l'absence d'objet à perce-

voir alors que l'illusion se caractérise par l'apparition d'une perception erronée fondée sur un élément sensoriel). La personne confuse adhère à ses hallucinations, ne les remet pas en cause, ce qui confère une certaine dangerosité pour lui-même ou autrui, et ce d'autant plus que des idées délirantes ne sont pas rares dans ce contexte.

6.1.2 Troubles cognitifs

Les troubles de la conscience s'accompagnent constamment de troubles cognitifs.

La désorientation temporelle précède souvent la **désorientation spatiale**. Le patient confus présente des difficultés à se repérer dans le temps et/ou dans l'espace (désorientation temporo-spatiale, si les deux composantes sont présentes).

Les troubles de l'attention se caractérisent par les difficultés à focaliser et maintenir son attention sur un sujet ou au contraire à persévérer sur celui-ci. Le discours de ces patients peut sembler relâché. Généralement, les questions ou consignes doivent être répétées plusieurs fois compte tenu d'une certaine distractibilité.

Les troubles de la mémoire se caractérisent par l'impossibilité de fixer des informations au fur et à mesure (amnésie antérograde) et peuvent facilement être repérés par le *Mini Mental State Examination* (MMSE).

Le langage peut être affecté par des troubles dysarthriques (difficulté à articuler) mais aussi phasiques (troubles de la dénomination pouvant être compensés par le recours à des paraphasies). Les propos du patient peuvent sembler décousus ou incohérents.

6.1.3 Troubles de l'humeur

Les troubles de l'humeur sont présents et congruents à la forme clinique. Dans les confusions hypovigilantes, c'est le ralentissement rencontré à des degrés divers, selon l'intensité de l'épisode, qui prime (de la somnolence au repli sur soi, jusqu'à la stupeur). À l'inverse, les formes hypervigilantes se caractérisent par un trouble de l'humeur exprimé sur le versant de l'agitation. Les confusions mixtes se caractérisent par une alternance des deux états précédents, ce qui confère un aspect trompeur à l'évolution de l'accès confusionnel, laissant présager selon la forme qui apparaît une résolution de l'accès ou une aggravation.

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

Tableau 2.3 – *Critères DSM-IV-TR et CIM-10 des états confusionnels*

Critères DSM-IV-TR	**Critères CIM-10 F05 Delirium, non induit par l'alcool et d'autres substances psychoactives**
A. Troubles de la conscience (*i.e.* diminution de clarté de la conscience de l'environnement) avec réduction de la capacité de focaliser, de maintenir ou de changer son attention. **B.** Modifications de la cognition (telles que déficits de mémoire, d'orientation, trouble du langage) ou développement de troubles perceptifs qui ne sont pas mieux expliqués par une démence préexistante, établie ou en développement. **C.** Les troubles s'installent sur une courte période de temps (habituellement quelques heures ou jours) et tendent à fluctuer dans la journée. **D.** Mise en évidence par l'anamnèse, l'examen physique ou les tests de laboratoire d'une affection médicale ou d'une prise de substance qui peuvent être reliées étiologiquement aux troubles. En l'absence de cette évidence, un facteur organique peut être présumé si les troubles ne peuvent être expliqués par une affection mentale non organique, *i.e.* un épisode maniaque responsable de l'agitation et du trouble du sommeil.	Syndrome cérébral organique sans étiologie spécifique, caractérisé par la présence simultanée de perturbations de la conscience et de l'attention, de la perception, de l'idéation, de la mémoire, du comportement psychomoteur, des émotions, et du rythme veille-sommeil. La durée est variable et le degré de gravité varie de léger à très sévère. *Comprend*: – état confusionnel (non alcoolique) aigu(ë) ou subaigu(ë) ; – psychose infectieuse aigu(ë) ou subaigu(ë) ; – réaction organique aigu(ë) ou subaigu(ë) ; – syndrome : aigu(ë) ou subaigu(ë) ; – cérébral aigu(ë) ou subaigu(ë) ; – psycho-organique aigu(ë) ou subaigu(ë). *À l'exclusion de : delirium tremens,* induit par l'alcool ou sans précision (F10.4)

6.2 Démarche diagnostique

La présence de troubles cognitifs doit faire évoquer la possibilité d'un trouble démentiel. Cependant, la rapidité de survenue contraste avec l'aspect insidieux et progressif des démences, de même que les fluctuations rapides de la symptomatologie sont peu évocatrices dans ces pathologies. Une exception demeure cependant puisque dans la démence à corps de Levy, la fluctuation des symptômes et la survenue d'état confusionnel est fréquente.

Les autres types de démence n'excluent pas la possibilité de survenue d'une confusion mentale et doivent alerter lorsque les symptômes s'aggravent brusquement.

Chez les sujets dont la démence n'est pas connue, l'interrogatoire de l'entourage est essentiel pour tenter de repérer des troubles cognitifs préexistants.

La survenue d'une confusion mentale est toujours une indication d'hospitalisation dans la mesure où la prise en charge précoce est un élément important du pronostic.

6.3 Facteurs prédisposants et déclencheurs

L'étiologie d'un épisode confusionnel est multifactorielle, impliquant à la fois des facteurs prédisposants et des facteurs déclencheurs.

Les facteurs prédisposants sont généralement la présence de troubles cognitifs ou démentiels, la présence de déficits sensoriels, une immobilisation prolongée, la présence de troubles dépressifs ou d'antécédents de confusion, de même que la dénutrition ou une médication importante.

Ces facteurs vont interagir avec des éléments connus pour être impliqués dans le déclenchement des états confusionnels : il s'agit notamment d'états infectieux (pneumonie, méningite, etc.), de troubles cardiovasculaires, neurologiques, métaboliques (déshydratation, insuffisance rénale, etc.), endocriniens, des facteurs psychologiques ou psychiatriques, mais aussi des facteurs iatrogènes notamment d'origine médicamenteuse (sevrage aux benzodiazépines, etc.) ou toxiques (alcoolisation). Des facteurs plus généraux ont été également identifiés. Il s'agit de facteurs impliquant un traumatisme (intervention chirurgicale, douleur aiguë, privation de sommeil, etc.).

Vignette clinique (état confusionnel)

Monsieur R. est âgé de 72 ans. Il est admis aux urgences à la suite d'un malaise lié à une chute de tension artérielle. À l'examen clinique, on lui trouve une déshydratation et une dénutrition importantes, et il sera donc hospitalisé. Au cours de la nuit, il se met à hurler, à être agressif envers le personnel soignant, tenant des propos incohérents. Il montre une agitation importante, ne veut pas rester dans sa chambre, et gesticule dans tous les sens. Il développe l'idée qu'on le retient contre son gré, que les soignants sont des gardiens de prison et que des cafards grouillent sous son lit. Il fait d'ailleurs régulièrement le geste de les chasser. Rien ne semble l'apaiser. Le lendemain, son comportement s'améliore, mais M. R. semble encore perplexe, éprouve des difficultés à fixer son attention. On observe également des troubles de l'orientation temporelle et une amnésie antérograde.

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

7. Psychopathologie des troubles démentiels

La question d'une théorie psychopathologique des démences est une idée controversée car renvoyant au primat d'une étiologie psychique à des troubles dont l'étiopathogénie est de mieux en mieux connue.

Cependant, faut-il pour autant se dire qu'une modélisation psychique permettant de comprendre le sens des troubles en question est inutile ? L'interaction entre facteurs génétiques et biologiques de la maladie empêche-t-elle toute articulation avec les théories psychopathologiques ? Nous ne le pensons pas, car les hypothèses psychanalytiques notamment des troubles démentiels sont des outils qui permettent de penser la relation au malade et de donner du sens aux symptômes qu'il manifeste.

En effet, le patient dément ne manifeste pas uniquement des troubles cognitifs mais aussi des troubles comportementaux, une disparition progressive du sentiment de soi.

Une focalisation exclusive sur les troubles cognitifs revient finalement à dé-subjectiver l'individu dément qui, privé de ses capacités d'expression langagière, de sa pensée, n'a peut-être pas d'autres possibilités d'expression que celles qui passent par les troubles du comportement ou les hallucinations. S'il est vrai que la démence évoque en premier lieu les troubles de la mémoire, il est tout aussi vrai que cette pathologie affecte profondément l'identité de la personne qui en est atteinte. Or le sentiment d'identité est nécessaire à la pensée, alors que dans la démence, ces deux processus se dissolvent (Le Gouès, 1991).

Un impossible retour au narcissisme primaire, à savoir un réinvestissement du moi par le sujet, pris comme objet identificatoire, alors que l'autre ne peut plus non plus s'identifier au sujet dément, pourrait être le point de départ du processus démentiel (Griner-Abraham et Walter, 2008). Cette impossible régression du sujet remet en question son identité au point de ne plus savoir se positionner dans la filiation et ses origines. D'ailleurs, les troubles de la reconnaissance qui amènent le sujet dément à s'adresser à ses propres parents pourraient illustrer cette question de filiation. Qui n'a jamais en effet été saisi par l'image du dément qui s'adresse à sa mère décédée depuis longtemps ? Pourquoi une figure parentale ? C'est en ce sens qu'il est difficile de renoncer à une approche psychopathologique dans les syndromes démentiels. Les troubles cognitifs n'expliquent pas le choix de l'objet pris dans les troubles hallucinatoires ou gnosiques.

Les hallucinations mnésiques (parfois confondues avec les troubles de la reconnaissance) témoigneraient par ailleurs de l'existence ultime de mouvements régressifs, nécessaires pour éviter la « déconfiture mentale » (Péruchon, 2006). Ces mouvements témoignent de pulsions de vie, d'un désir encore possible et donc de l'existence du sujet. *A contrario*, l'absence de ces phénomènes se repère chez les sujets déments pris dans la réalité, révélant par la même occasion le vide mental, l'impossible travail de mentalisation faute de potentialités psychiques suffisantes (Péruchon, 2006). Ces deux processus permettent de penser deux modalités démentielles : la démence actuelle marquée par l'envahissement du réel et la démence riche à potentiel hallucinatoire marquée par ces mouvements de régression défensive, dernier rempart avant la disparition de la *psyché*.

D'autres perspectives conceptuelles évoquent l'effet des pulsions de mort comme facteurs d'apparition de la démence (thanatose pour Maisondieu ou psycholyse pour Le Gouès). Le développement d'une démence fonctionnelle pourrait alors renvoyer à une défense contre la non-reconnaissance par le sujet de son image dans le miroir (image spéculaire) ; image qui le renvoie à son déclin, à sa décrépitude et à sa mort prochaine (LeGouès, 1991 ; Maisondieu, 1989). La démence fonctionnelle serait alors une sorte de déni, que Maisondieu nomme « reniement » et non pas une anosognosie. Ce « reniement » s'appuie sur la réalité perceptive, le sujet dément ne disposant pas de potentialités psychiques suffisantes pour recourir à des défenses moins archaïques.

La clinique quotidienne avec ces patients est marquée par la difficulté à entrer en relation avec le patient dément, alors même que la fonction du psychologue est justement de soutenir, et d'étayer. Il s'agit, au-delà de l'interprétation des propos souvent incohérents pour l'autre, de permettre au sujet dément de se réapproprier ses pensées, ses affects, par les relances et la mise en mots que proposera le clinicien. Cette démarche peut sembler contradictoire avec la dé-mentalisation qui semble opérer chez le dément, mais les relances de la pensée permettent de maintenir ce qui reste de pensée symbolique chez le dément (Le Gouès, 1991). Cela implique évidemment de suivre pas à pas la pensée décousue du dément pour pallier les défaillances qui ne manquent pas de se produire, ce qui requiert une attention constante, alors même que la relation au dément conduit à ce que le clinicien éprouve malgré lui des difficultés à suivre cette pensée si décousue. En effet, « la pensée du dément demeure obscure à la fois à ceux qui tentent de la comprendre et à lui-même [le dément]. De cette tragédie existentielle, nous pouvons tenter de saisir

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

un sens » (Quadéri, 2009). Pour reprendre l'expression d'Irigaray, cité par Quadéri, « le dément n'est plus un sujet d'énonciation », il n'est plus en lieu et place de locuteur actif (je) mais plutôt à ceux d'un locuteur passif d'énoncés se répétant à de nombreuses reprises ; énoncés accompagnés d'agitation, témoin de l'angoisse sous-jacente. Pour autant, le sujet dément n'est pas exclu d'une relation langagière puisqu'il peut exister dans l'autre qui s'adresse à lui, position qui nécessite de concevoir l'énonciation comme le produit de la subjectivité. L'impossibilité d'accès au sens, par indisponibilité des mots qui permettent de traduire la pensée, s'exprimerait au travers des décharges motrices observées (agitation, cris, etc.). À cette impossibilité de mise en sens, le recours à la parole de l'autre pourrait permettre d'assurer la continuité qui fait défaut chez le dément, ce qui suppose le pari pascalien dont parle Quadéri quand il fait l'hypothèse de la persistance d'une vie psychique chez le dément (Quadéri, 2003). Penser que cette vie psychique n'existe pas poserait de fait la question de ce qu'il reste du sujet. Peut-on parler alors de sujet si l'on postule l'absence de vie psychique et de surcroît dans un contexte psychopathologique où le langage fait défaut ? Cette conception d'une absence de vie psychique vient ici mettre en cause le travail difficile des psychologues œuvrant dans ce champ et dont la fonction ne se limite pas à l'évaluation mais inclut aussi tout ce travail d'accompagnement. D'ailleurs, il n'est pas rare de voir nos étudiants stagiaires psychologues, voire de jeunes collègues, se sentir démunis sur le plan clinique dans la prise en charge des patients déments, qui les renvoie à une vision restrictive et sans perspective de prise en charge ou d'accompagnement au début de leur pratique. Nous rejoignons tout à fait les propos de Quadéri quand il dit qu'il faut savoir se départir de nos outils et de nos théories pour espérer approcher le patient dément. C'est du moins ce qui lui a permis d'avancer face au néant que renvoie le patient dément (Quadéri, 2003).

Chapitre 3

VIEILLISSEMENT COGNITIF ET NEUROPSYCHOLOGIE DES SYNDROMES DÉMENTIELS

Sommaire

1. Vieillissement cognitif normal.....77
2. Plainte mnésique et troubles légers de la cognition.....84
3. Neuropsychologie des syndromes démentiels.....91

1. Vieillissement cognitif normal

1.1 Postulats de base

Le cognitif renvoie à la cognition, cependant, la définition de cette dernière demeure équivoque puisque la cognition au sens très large réfère à l'ensemble des habiletés mentales et, dans une acception plus restreinte, se centre sur l'acte de connaissance. L'acte de connaissance est possible grâce à l'ensemble des fonctions qui nous permettent de percevoir, de raisonner, de parler, de mémoriser, de prendre des décisions et d'agir sur le monde environnant.

La cognition renvoie alors au traitement complexe d'informations de sources multiples. Ces traitements sont le fait d'opérations mentales qui permettent d'organiser, de stocker, de récupérer et de représenter mentalement l'information. Ces traitements sont spécifiques et chacun d'entre eux relève d'un système cognitif particulier (système mnésique, système praxique, etc.). Le descriptif de ces traitements ou opérations mentales se schématise habituellement sous la forme de modèles théoriques. Divers postulats rendent compte des caractéristiques de la cognition. Le premier a pour nom le **principe de « modularité »**, il souligne l'aspect modulaire de la cognition, c'est-à-dire qu'elle serait composée de différents modules (systèmes) tels que la mémoire, le langage. Ces diverses composantes sont à la fois autonomes mais également en interaction avec les autres (mémoriser une adresse nécessite de pouvoir la verbaliser, la mémoire est associée alors au langage). Le second, dit **principe de « transparence »**, permet de comprendre en loi du tout ou rien le fonctionnement mais aussi les dysfonctionnements du système. Lorsqu'un processus rattaché à un système est altéré, la performance cognitive devient moins ou non opérante par défaut de traitement correct de l'information (par exemple, un trouble des processus de récupération de l'information, a pour conséquence une mémoire moins efficiente). Toutefois, les traitements appliqués étant spécifiques à un type d'information, le **principe de « dissociation »** rend intelligible pour un même individu l'existence de troubles isolés et sélectifs (en lien avec l'altération d'un traitement particulier) coexistant avec des capacités préservées (en lien avec des opérations de traitement indemnes). Ceci explique qu'un individu puisse être aphasique sans être amnésique, qu'il puisse présenter des troubles isolés du langage oral sans atteintes de son langage écrit et que seul le versant expressif de son langage oral soit affecté, à l'inverse du versant compréhensif, préservé et intact, etc.

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

La cognition est ainsi un système complexe et dynamique qui permet au sujet d'être agent du traitement de l'action, de son comportement. La cognition a donc un rôle causal par rapport aux comportements, qui ne sont que l'expression de son bon fonctionnement ou les manifestations de ses dysfonctionnements.

L'évaluation cognitive permet, grâce aux outils qui lui sont spécifiques, de réaliser une véritable photographie de l'architecture fonctionnelle de la cognition. En effet, les tests cognitifs ont pour singularité de permettre d'évaluer le fonctionnement des différents processus et systèmes de traitement qui composent la cognition. Ce type d'évaluation permet alors d'isoler au sein de l'architecture cognitive les processus défaillants, mais aussi ceux qui sont préservés ; cette « photographie » du fonctionnement cognitif permet une prise en charge adaptée des troubles en s'appuyant sur les capacités préservées. Elle en est même le préalable nécessaire.

Le cerveau comme maître de la pensée s'est imposé au fil du temps. Il est le siège, l'implémentation neuronale des opérations cognitives qui sont traitées par des réseaux neuronaux plus ou moins larges. Ceci explique qu'une atteinte cérébrale ayant détruit le substrat neuronal d'un type de traitement de l'information provoque la dissolution de la fonctionnalité cognitive en rendant cette opération impossible. Le trouble cognitif sera la manifestation de la lésion cérébrale. Lésion qui peut être d'origine variée, qu'elle soit liée à l'avancée en âge, aux processus vasculaires, neurodégénératifs, tumoraux, infectieux, etc. Voilà pourquoi, le vieillissement cognitif s'interprète en regard du vieillissement cérébral qui se modifie sous les effets de l'âge comme n'importe quel organe, ni davantage ni moins.

Le cerveau, se transforme sous les effets de l'âge. Plus particulièrement, une perte neuronale et une diminution de la vitesse de l'influx nerveux sont constatées. Les neurones étant le support du traitement de l'information, cela revient à dire que la perte neuronale rend compte des déficits cognitifs observés et que la diminution de l'influx nerveux explique le ralentissement psychomoteur constaté chez les personnes âgées.

Si l'on donne la parole aux personnes âgées, de quoi se plaignent-elles ? Essentiellement de leur mémoire, d'être sujettes aux oublis ou aux fausses reconnaissances, mais également de distraction ou de difficultés à effectuer différentes tâches en même temps. Leur entourage se plaint qu'elles rapportent toujours les mêmes souvenirs de façon récurrente (*elles radotent* !) mais également de leur lenteur.

Différents construits théoriques permettent de mieux comprendre la cohérence interne qui anime cette clinique (Gély-Nargeot et Raffard, 2010).

1.2 Théories explicatives du vieillissement cognitif

Il est actuellement admis que l'âge n'affecte pas directement la cognition mais agirait sur 3 facteurs généraux qui moduleraient le fonctionnement cognitif. Ces facteurs généraux ont été identifiés comme étant la mémoire de travail, l'inhibition et la vitesse de traitement. La mémoire de travail est la mémoire qui permet de dépasser l'instant présent grâce à un stockage actif d'une quantité limitée d'information. Elle est toujours en travail (d'où son nom) car elle permet de traiter l'information tout en maintenant en mémoire le résultat de ce traitement. Ce système mnésique est central car sans lui il serait impossible d'effectuer des tâches cognitives plus complexes telles que raisonner ou plus simplement mémoriser à long terme. Cette mémoire a pour singularité d'être animée par l'attention et d'être de capacité limitée à sept blocs d'information. L'attention est nécessaire afin de saisir (processus d'encodage), maintenir une information dans la conscience afin de la traiter de façon approfondie puis la récupérer (processus de récupération). Le traitement de l'information n'est rendu possible que par la disponibilité d'une quantité suffisante de ressources attentionnelles. Ces ressources dites « de traitement » ne sont disponibles qu'en quantité limitée et plus une tâche est complexe et plus elle demande une mobilisation importante de celles-ci pour être réalisée. La mémoire de travail permet également de sélectionner les informations pertinentes pour un traitement adéquat c'est-à-dire en ignorer d'autres non pertinentes et ainsi les inhiber. Le second facteur général dit d'inhibition joue un rôle central dans le fonctionnement cognitif puisqu'il permet d'écarter les informations parasites (non pertinentes) non nécessaires au traitement, à l'action ou au comportement, par un processus actif de suppression. Enfin, le dernier facteur correspond à la vitesse nécessaire pour traiter l'information.

À partir de ces trois facteurs, deux théories explicatives des effets de l'âge sur la cognition ont vu le jour.

1.2.1 Théorie exécutivo-frontale

La première est une théorie locale dite « exécutivo-frontale » (West, 1996, 2000). Le terme « locale » renvoie à une modification structurelle et fonctionnelle localisée au cortex préfrontal. Le cortex préfrontal est

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

le chef d'orchestre de la cognition car il autorise la gestion et le contrôle des traitements cognitifs qui sous-tendent nos comportements. Il permet de planifier, de programmer les actions orientées vers un but mais également de réguler et de contrôler nos émotions, notre personnalité et nos conduites sociales. Ces différentes opérations mentales sont désignées sous le nom de fonctions exécutives. Le fonctionnement exécutif, associé au cortex préfrontal, regroupe différentes habiletés cognitives telles que l'inhibition mais aussi la flexibilité mentale et la mise à jour de nos connaissances.

Par ailleurs, le cortex préfrontal est le siège d'un grand nombre de récepteurs dopaminergiques, lesquels sont corrélés à la performance et à la fluctuation du fonctionnement cognitif.

Le cortex préfrontal s'avère être le plus vulnérable aux effets de l'âge et, lors du vieillissement cérébral/cognitif, on assiste à un moindre fonctionnement exécutif, à une diminution significative des capacités et des ressources attentionnelles. Ceci engendre des difficultés à sélectionner les informations pertinentes, mais également à diviser son attention afin de pouvoir traiter plusieurs informations simultanément (trouble de l'attention sélective), des difficultés à inhiber les informations parasites (trouble de l'inhibition), et à passer d'une tâche à une autre (trouble de la flexibilité mentale). De plus, le vieillissement engendre une diminution des ressources de traitement qui se traduisent par d'importantes difficultés à mettre en œuvre des stratégies volontaires (diminution des procédures de recherche d'information active et auto-initiée).

1.2.2 Théorie globale

La seconde théorie, plus globale, est dite « vitesse de traitement » (Salthouse, 1993). Cette théorie réfère à un mécanisme unique ou global d'où son nom. Sous les effets de l'âge, il existe une dégradation diffuse et globale de l'intégrité de la substance blanche du cerveau, qui a pour conséquence de diminuer la rapidité d'exécution des opérations mentales de base. Cette diminution de la vitesse du traitement explique le ralentissement généralisé du traitement cognitif, la lenteur observée chez certaines personnes âgées. Cette réduction de la rapidité d'exécution a pour effet de diminuer la quantité d'informations disponibles simultanément, nécessaires pour des traitements cognitifs de haut niveau.

Aujourd'hui, ces deux théories ne semblent plus devoir être opposées, tant l'une et l'autre participent activement à expliquer le vieillissement cognitif.

Ainsi, l'oubli rapide (inférieur à vingt secondes) caractérise les modifications de la mémoire de travail sous les effets de l'âge. L'oubli s'expliquerait par une diminution de l'attention soutenue (vigilance) mais surtout sélective (difficulté à sélectionner les informations pertinentes, à diviser son attention afin de pouvoir gérer plusieurs informations simultanément et augmentation de la distractibilité). La diminution des ressources de traitement favorise, quant à elle, l'utilisation privilégiée de réponses automatiques par les personnes âgées. Cette mémoire souffre également d'un trouble de l'inhibition (saturation de sa capacité limitée par des informations non pertinentes inutiles pour le traitement de l'information) et de flexibilité (difficulté à passer d'une tâche à une autre). De même, la diminution de la vitesse de traitement participerait à la perte de l'information ; cette dernière serait oubliée avant même d'avoir pu être traitée.

1.3 Mémoire

Outre les troubles de la mémoire de travail, la mémoire épisodique est également affectée par l'avancée en âge et constitue l'une des caractéristiques du vieillissement mnésique. Cette mémoire concerne les souvenirs autobiographiques vécus dans un contexte temporo-spatial singulier (quand et où). Son altération s'explique par une saisie de l'information (l'encodage) superficielle liée à une diminution des ressources attentionnelles, qui ne permettent plus de saisir toutes les caractéristiques de l'information afin de la rendre unique. La diminution de la mise en œuvre de stratégies volontaires afin de rechercher de façon active et intentionnelle l'information en mémoire explique les troubles de la récupération. Un encodage et une récupération déficitaires sont en lien avec la diminution des ressources de traitement et ceci éclaire le nombre important de fausses reconnaissances liées à l'âge. La récupération de l'information mal spécifiée se fonde alors sur un sentiment de familiarité qui ouvre l'espace à ce type d'erreur. Enfin, le souvenir épisodique comprend le souvenir du contenu de l'information mais aussi celui du contexte qui lui est associé. Lors du vieillissement cognitif normal, les personnes âgées souffrent d'un oubli du contexte (amnésie source) qui est relié à l'hypofonctionnement du cortex préfrontal. Il en est autrement du vieillissement problématique pour lequel l'oubli porte sur le contenu de l'information en lien avec une altération de l'hippocampe (profil hippocampique). La mémoire prospective (la mémoire du futur, celle des actions à réaliser ultérieurement) est également affectée chez les personnes âgées. Elles développent alors des moyens de compensation

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

sous la forme d'aide externe (agenda, Post-It, où sont notés les rendez-vous, etc.). Ce trouble de la mémoire prospective est dû à une atteinte de la gestion de l'ordre temporel des informations relevant du dysfonctionnement exécutif en lien avec l'hypofonctionnement frontal.

Ainsi, il apparaît clairement actuellement qu'avec l'âge, on ne perd pas véritablement la mémoire, mais davantage la fonctionnalité de certaines pièces maîtresses de la cognition (*i.e.* ressources et capacités attentionnelles, fonctionnement exécutif, etc.). Ces dernières entravent et délitent en retour le fonctionnement mnésique (Gély-Nargeot, 2012). Même si pour le sujet âgé, le résultat semble identique, les conséquences n'en sont pas les mêmes, notamment en termes de stigmatisation de la personne âgée, bien souvent réduite à sa mémoire défaillante. De plus, cela devrait modérer les prétentions de certains à vouloir proposer à tout prix aux personnes âgées quantité de techniques, d'exercices, de livres pour mieux « muscler » leur mémoire. Outre le fait que la mémoire n'est pas un muscle, il est bien clair que ceci procède davantage d'une logique commerciale orientée vers le marché des seniors. Pour autant, ne rien conseiller reviendrait à pratiquer l'âgisme. Le meilleur des conseils est donc d'encourager la personne âgée à se stimuler, à aiguillonner ses fonctions exécutives en demeurant pleinement inscrite dans la vie.

Enfin, le vieillissement cognitif affecte peu les autres systèmes mnésiques. Notamment, les mémoires sémantique (celle qui stocke nos connaissances générales) et procédurale (comment exécuter une séquence motrice pour démarrer sa voiture ou réaliser un gâteau au chocolat) semblent relativement épargnées par les effets de l'âge.

La mémoire et l'attention sont de loin les aptitudes cognitives les plus affectées par l'âge. Sur le plan intellectuel, on retrouve chez les personnes âgées un trouble de la flexibilité mentale déjà évoqué précédemment, qui peut s'accompagner d'une tendance à la persévération. Les personnes âgées peuvent également rencontrer des difficultés dans la prise de décisions complexes ; elles sont globalement peu enclines à décider, et préfèrent éluder certaines décisions importantes en les déléguant à autrui, parfois de façon inopportune. Elles peuvent aussi réaliser de mauvais choix parmi les solutions possibles et prendre des risques importants, comme l'attestent les travaux mettant en relation abus de confiance et mauvais choix décisionnels chez certaines personnes âgées vulnérables (Denburg *et al.*, 2007 ; Tueth, 2000). L'hypothèse exécutivo-frontale rendrait principalement compte du déclin de la faculté décisionnelle chez les sujets âgés et de l'augmentation des risques pris lors de décisions (Jacus *et al.*, 2012).

1.4 Langage

Au niveau du langage, l'utilisation active du lexique (aller rechercher le juste mot en mémoire) est altérée, en lien avec le trouble de la mémoire de travail et non des capacités langagières. En revanche, la capacité à démontrer la vérité ou la fausseté d'une assertion au moyen de règles logiques (réaliser une inférence pragmatique) devient compliquée pour certains sujets âgés. On retrouve là chez certains les difficultés à réaliser un traitement complexe, exigeant une véritable gymnastique mentale. Le langage peut également être affecté dans son versant compréhensif du fait de l'oubli en mémoire de travail de certaines informations. Il est en effet difficile de comprendre une longue phrase dont on aurait oublié les prémisses. Ce pseudo-trouble de la compréhension est en réalité en lien avec les troubles de la mémoire de travail. Enfin au niveau du discours, les thèmes traités par la personne âgée sont le plus souvent récurrents, elle peut rabâcher les mêmes propos de façon circomlocutoire (les propos tournent en rond, « elle radote »). Cette caractéristique d'un discours monothématique est à relier au manque de flexibilité cognitive lié à l'âge, au défaut de progression des idées, liées au relâchement associatif. Le langage écrit peut devenir simplifié sous les effets de l'âge avec une réduction de la complexité syntaxique.

1.5 Capacités visuospatiales

Les capacités visuospatiales se modifieraient lors du vieillissement, notamment les opérations de génération et de manipulation d'images mentales (imaginer un objet, mentalement lui faire effectuer des rotations autour d'un axe, le recolorer, l'imaginer sous différents angles de vue, etc.). On se doit d'insister toutefois qu'il s'agit là (inférence, imagerie mentale, flexibilité, etc.) d'opérations cognitives qui ont toutes en commun de solliciter particulièrement le fonctionnement exécutif et son hypofonctionnalité ancrée dans l'hypothèse exécutivo-frontale et la vitesse de traitement. La sémiologie cognitive du sujet âgé est bel et bien animée par cette cohérence interne qui s'adosse à ces deux théories explicatives.

1.6 La notion de réserve cognitive

Selon une perspective psychométrique, le vieillissement est synonyme de déclin. En revanche, selon une perspective cognitiviste, le vieillissement

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

s'entend comme une réorganisation fonctionnelle. Cette notion sous-entend que le vieillissement cognitif ne peut se réduire à la déliquescence, mais qu'il doit aussi s'envisager comme processus adaptatif, en réorganisant sa fonctionnalité, voire même en améliorant certaines aptitudes, notamment sous l'effet protecteur de stimuli émotionnels sur les capacités cognitives. Enfin, la réorganisation fonctionnelle ouvre la compréhension sur de possibles stratégies compensatoires. Notamment, le concept de réserve cognitive désigne chez un individu sa capacité à compenser les effets pathologiques des lésions cérébrales afin de réaliser une tâche *via* le recrutement de réseaux neuronaux alternatifs et/ou l'utilisation de stratégies cognitives alternatives pour l'accomplir. Elle permet ainsi de moduler le lien entre l'atteinte cérébrale et ses manifestations cliniques, notamment en réduisant leurs conséquences sur le fonctionnement neuropsychologique. Ceci explique qu'elle ait été mise en avant chez les individus de haut niveau socio-éducatif qui, possédant une réserve cognitive importante, peuvent continuer à réaliser une tâche même en présence de lésions importantes. Ainsi, cette réserve leur permet de retarder de façon marquante l'apparition des signes cliniques de différentes pathologies cérébrales dont la maladie d'Alzheimer. Cette réserve s'acquiert tout au long de la vie, elle dépend de différents facteurs externes tels le niveau socio-éducatif, la richesse des stimulations et des compétences surapprises sous l'effet de l'entraînement cognitif, l'expertise professionnelle, le style de vie, la qualité du réseau social, etc. Cette réserve dépend également de facteurs internes tels que la personnalité, la motivation, l'état thymique, l'anxiété, les capacités attentionnelles, etc. La réserve cognitive est donc éminemment subjective, elle dépend des caractéristiques personnelles de l'individu. Ceci permet d'expliquer entre autres l'importante hétérogénéité du fonctionnement cognitif entre les sujets et le fait qu'il n'existe pas un vieillissement cognitif mais des qualités diverses de vieillissements cérébro/cognitifs qui s'étendent du vieillissement cognitif normal au vieillissement problématique (terme préféré à celui de pathologique, trop stigmatisant).

2. Plainte mnésique et troubles légers de la cognition

2.1 La plainte mnésique

À tout âge, la plainte mnésique vécue au quotidien est tout aussi banale qu'elle est fréquente. Selon la littérature internationale, 30 à 50 % des

sujets âgés de 18 à 85 ans se plaignent de leur mémoire. Cette fréquence augmente avec l'âge (15 % chez les sujets âgés de 18 à 44 ans ; 80 % des sujets de plus de 85 ans). Elle prend une importance particulière chez le sujet âgé du fait de sa fréquence et surtout de la crainte qu'elle ne révèle une maladie d'Alzheimer (MA) débutante.

2.1.1 Taxonomies de la plainte mnésique

Kral (1962) fut le premier à analyser la plainte mnésique chez les sujets âgés et à distinguer deux sortes d'oubli : celui lié au vieillissement physiologique ou bien celui résultant de processus pathologiques. L'oubli bénin, physiologique et exclusivement lié à l'âge, relève de la réduction des ressources attentionnelles et de la diminution de la mise en œuvre de stratégies volontaires afin de rechercher de façon active et intentionnelle l'information en mémoire. Il se caractérise par des difficultés à rappeler les noms propres, à retrouver un objet, à mémoriser ce que l'on est venu chercher dans une pièce, etc. Cette plainte s'accompagne volontiers d'anxiété, plus rarement de dépression, et n'affecte que peu ou pas les comportements dans les activités de la vie quotidienne. L'oubli dit malin signait selon Kral un processus démentiel d'origine organique cérébral, rapporté ultérieurement à la maladie d'Alzheimer. Il se caractérise par un syndrome amnésique typique, avec perte des souvenirs récents, une méconnaissance ou non-reconnaissance des troubles mnésiques, une désorientation dans le temps et dans l'espace. Cette analyse sémiologique de la plainte bénigne et de la plainte susceptible d'accompagner ou de prédire une démence a pour intérêt de souligner l'hétérogénéité des manifestations mnésiques qui accompagnent le processus de vieillissement. Les travaux de Kral ont également eu le mérite d'ouvrir la réflexion sur la classification syndromique des troubles cognitifs liés à l'âge. Toutefois, les critiques majeures de ce travail ont été qu'il reposait sur une description exclusivement clinique, et ne proposait pas de critères objectifs permettant de différencier ces deux types de sémiologies mnésiques aux pronostics différents. En un mot, qu'il ne possédait pas de critères opératoires.

Critiques entendues par Crook et ses collaborateurs, qui proposèrent alors le concept d'*Age-Associated Memory Impairment* (AAMI). Crook *et al*. (1986) s'attachèrent à fixer les critères d'une plainte mnésique liée à l'âge correspondant à la description précédente d'oubli bénin. Dans ce dessein, la performance mnésique des plus de 50 ans doit s'écarter de plus d'un écart type de la moyenne, sans dépasser le seuil pathologique. L'abord de la plainte, purement qualitatif avec Kral, se mute avec

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

Crook *et al*. en enjeu quantitatif. Le vécu subjectif est ainsi supplanté par la performance, qui devient outil diagnostique. De plus, cette notion d'oubli lié à l'âge fut jugée peu pertinente puisque développée sur la base de comparaisons entre sujets âgés et sujets jeunes (Ragueneau-Le Ny et Medjahed, 2009).

Différentes autres classifications viendront compléter cette taxonomie : l'*Age-Consistent Memory Impairment* (ACMI) et le *Late-Life Forgetfulness* (LLF ; Blackford et La Rue, 1989) ; le *Cognitive Impairment No Dementia Age* (CIND ; Ebly *et al.,* 1995) ; l'*Age Associated Cognitive Decline* (AACD ; Levy, 1994), l'*Associated Cognitive Decline* (ARCD-R ; American Psychiatric Association, 2000), etc. Il est à noter, toutefois, que la prévalence de ces catégories est rapidement dénoncée tant elles varient considérablement au sein d'un même échantillon de personnes âgées de 60 à 64 ans : 13,5 % d'AAMI, 6,5 % d'ACMI, 1,5 % de LLF (Schröder *et al.,* 1998). De même, une correspondance très faible apparaît entre ces différents concepts, puisque les sujets répondant aux critères de CIND répondent uniquement pour 13 % aux critères du AACD, et seulement pour 0,3 % à ceux du LLF. De plus, ces différentes classifications ont toutes pour limite fondamentale de maintenir l'ancrage de la plainte dans la performance. Or l'analyse de la plainte subjective est fondamentale comme indicateur pronostic potentiel. Lors du vieillissement cognitif dit normal, le trouble mnésique exprime l'inaccessibilité (parfois momentanée) de l'information pour le sujet, bien qu'elle soit disponible, c'est-à-dire stockée en mémoire (voir plus haut). Toutefois, cette difficulté est habituellement jugée gênante subjectivement, vécue sur un mode anxieux, même si son retentissement sur l'autonomie dans la vie quotidienne est quasi nul. À l'inverse, lors du vieillissement problématique, le trouble mnésique renvoie à la non-disponibilité et donc à la non-accessibilité de l'information en mémoire. Ce réel trouble mnésique induit d'importantes conséquences dans la vie quotidienne du sujet, de son entourage, en particulier dans l'organisation et la gestion des activités de la vie quotidienne (domaines dits instrumentaux).

2.1.2 Corrélats de la plainte mnésique

L'étude des corrélats de la plainte mnésique a permis de souligner combien la plainte mnésique était un concept déterminé par différents facteurs affectifs, sociaux, ce qui laisse supposer qu'elle serait davantage en lien avec l'augmentation de ces derniers plutôt qu'avec celle de l'âge (Gély-Nargeot *et al*., 2006). La prégnance de facteurs psychologiques et de santé générale y trouve une large place dans son explication. Notamment,

les sujets qui se plaignent avec force sont ceux qui présentent le plus de symptômes anxieux et dépressifs, de traits de personnalité persistant à l'expérience d'émotions négatives telles l'anxiété, la colère, la culpabilité, etc., qui définissent le neuroticisme. La plainte mnésique est ainsi fortement corrélée à la perception de l'état de santé dépendant du névrotisme ou neuroticisme. En outre, elle est également en lien avec l'isolement social, les représentations et les stéréotypes négatifs qui entachent la vieillesse. Ces différentes pertes et déclins, objectifs ou subjectifs, conduisent le sujet à élaborer une représentation mentale négative de lui-même. Celle-ci engendre alors une baisse de l'estime de soi, une dévaluation dans la confiance qu'il accorde à ses aptitudes en général et à l'efficience de ses capacités mnésiques en particulier, une modification de son sentiment d'identité. Schématiquement, deux cas de figure peuvent alors se présenter : soit l'individu possède les moyens pour y faire face et donc s'y adapter (personnalité mature, réserve cognitive élevée, etc.), il puise alors dans ses ressources pour compenser l'oubli (mise en place de stratégies compensatoires). Soit du fait d'une personnalité plus fragile, d'une faible réserve cognitive, cette autodépréciation du sujet aggrave les troubles entravant toute possibilité adaptative (évitement et augmentation de la plainte). Phénomène majoré par l'anxiété inhérente à l'état du sujet qui entretient ainsi le plus parfait des cercles vicieux.

2.1.3 Signification de la plainte mnésique

La mémoire comme lieu privilégié de nos activités cognitives et affectives reflète aussi l'intégration de l'individu au social. Ce symptôme, s'il a des causes, recèle également en lui une signification. L'augmentation exponentielle de la plainte mnésique s'inscrit très probablement dans sa surmédicalisation, une hypothèse corroborée par l'avènement récent des consultations mémoires. Elle peut aussi s'entendre autrement, comme un « porter plainte » contre le culte de la performance, du jeunisme ambiant, des attentes sociétales toujours plus exigeantes face à celui devenu vieux (Gély-Narget *et al.*, 2007). Comme le rappelle G. Le Gouès (2000), « Si le désir n'a pas d'âge, les moyens de réalisation en ont un ». Ce porter plainte serait selon nous l'expression de la lassitude du sujet à devoir subsister en tant que lui-même dans une telle culture (Ehrenberg 1991, 1998) qui ne cesse de vouloir l'écarter de l'humanité (S. de Beauvoir, 1994).

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

2.2 Les troubles légers de la cognition (Mild Cognitive Impairment, MCI)

L'hétérogénéité du vieillissement cognitif a généré la nécessité (certainement utopique et inappropriée comme nous le verrons en conclusion) de définir clairement les limites entre le vieillissement cognitif dit normal et celui dit pathologique. De nombreuses classifications se sont attelées à cette tâche comme nous l'avons précédemment décrit. La taxonomie retenue comme étant la plus importante ces dernières décennies (et de ce fait qui perdure) est la notion de troubles cognitifs légers, ou *Mild Cognitive Impairment (MCI),* apparue dans les années quatre-vingt-dix.

2.2.1 Définition du MCI

Le MCI fut défini de la manière suivante (Flicker, Ferris et Reisberg, 1991) :

– l'existence de plaintes mnésiques attestée par un proche ;
– l'évaluation par le MMSE est dans la norme ;
– il n'existe pas d'autres perturbations des fonctions cognitives ;
– le déficit mnésique observé montre une atteinte en modalité verbale et/ou spatiale ;
– les troubles n'entraînent pas d'incapacité sur le plan des activités quotidiennes ;
– les troubles sont présents en dehors de toute affection démentielle, encéphalopathique ou psychiatrique.

Il était alors davantage question de perturbations cognitives que d'une atteinte centrée sur la mémoire.

Petersen (1995) résume ces critères en : plainte cognitive associée à une perte objective de la mémoire, sans pour autant que cette dernière retentisse sur la vie quotidienne du sujet âgé. Autrement dit, le diagnostic de MCI suppose l'existence de troubles cognitifs qui ne sont donc pas suffisants pour poser le diagnostic de démence de type Alzheimer. Quelques années plus tard, Petersen (1997) a proposé une définition davantage clinique, centrée sur les troubles mnésiques et non plus cognitifs, avec les critères diagnostiques suivants :

1) Expression d'une plainte mnésique, imputable à une diminution subjective du fonctionnement mnésique.
2) Déclin mnésique objectif, les performances mnésiques des patients se situent à – 1,5 écart type de la performance moyenne des sujets contrôles (appariés par l'âge et le niveau culturel).

3) Altération isolée de la mémoire, le fonctionnement cognitif global est strictement préservé.
4) Les activités de la vie quotidienne demeurent normales du fait de capacités fonctionnelles intègres, même si une très légère diminution peut s'observer.
5) Absence de critères cliniques en faveur d'une « démence ».

Toutefois, selon cet auteur, le diagnostic demeure essentiellement clinique, il est fréquent et sa prévalence en population générale est estimée entre 10 % à 50 % chez les sujets âgés de plus de 65 ans, ce qui en signe l'importance (Caracciolo *et al.*, 2008). En outre, Petersen ajoute la notion suivante : le diagnostic de MCI représenterait l'étape intermédiaire entre le vieillissement normal et la démence pour les personnes âgées *destinées à développer une démence*. En effet, selon Petersen *et al.* (1999), un taux de conversion de 12 % de MCI (diagnostiqués selon leurs critères cliniques) s'observe vers une maladie d'Alzheimer dans cette population clinique, contre 1 à 2 % par an dans la population générale des plus de 60-65 ans. Ces troubles cognitifs légers ont ainsi été reconnus par certains auteurs comme des précurseurs de démence, en particulier de démence d'Alzheimer (Larrieu *et al.*, 2002 ; Morris, 2006). Le MCI serait associé en effet à une augmentation du risque de développer un syndrome démentiel ainsi qu'à un déclin cognitif plus rapide, par comparaison aux populations indemnes. Il représenterait ainsi une transition entre la normalité cognitive et les démences de type Alzheimer (Petersen *et al.*, 1999 ; Plassman, Langa, Fisher *et al.*, 2008).

2.2.2 Formes cliniques du MCI

Dans une revue critique de la littérature, Blanchet *et al.* (2002) ont dénoncé ces taux de conversions fort variés, différant selon les études (prévalence de 6 % à 50 %), variations qui s'expliqueraient par différentes insuffisances méthodologiques et théoriques. Notamment, des critères diagnostiques trop stricts qui excluent quantité de sujets de plus de 65 ans ayant un profil similaire au MCI, et surtout sa conversion exclusive vers la maladie d'Alzheimer. En réponse à ces différentes critiques, une révision des critères MCI a été proposée (Winblad *et al.*, 2004). La présentation clinique générale reste globalement identique à la définition précédente, mais 4 sous-types ont été distingués (Petersen, 2004) :
– le MCI amnésique domaine unique, où seule la mémoire est altérée, considéré comme la phase prodromale d'une maladie d'Alzheimer ;

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

– le MCI amnésique domaine multiple, qui associe troubles mnésiques et déficits dans d'autres domaines de la cognition tels que le langage, les fonctions exécutives et/ou la sphère visuospatiale ;
– en l'absence de troubles mnésiques, le MCI peut être non amnésique domaine unique, c'est-à-dire présenter un trouble dans un seul autre domaine cognitif ;
– ou alors être considéré comme non amnésique domaine multiple, avec atteinte de plusieurs domaines cognitifs, excepté la mémoire.

Cette dernière taxonomie clinique a ainsi permis à Petersen d'établir en 2004 un algorithme diagnostique très simple (voir simpliste), qui permet de remonter à la nature de différentes étiologies possibles correspondant aux quatre sous-types de MCI. Le MCI amnésique domaine unique convertirait vers la maladie d'Alzheimer ou la dépression. Le MCI amnésique domaine multiple serait annonciateur de maladie d'Alzheimer, ou de démence vasculaire ou de dépression. Le MCI non amnésique domaine unique, serait évocateur d'une démence frontotemporale. Le MCI non amnésique domaine multiple renverrait à une démence à corps de Lewy ou à une démence vasculaire. Pour Petersen (2009), le concept de MCI ainsi formulé, permet d'inclure la variété mais aussi la spécificité des formes prodromales selon les diverses démences neurodégénératives (MA, DFT, DCL). Ce faisant, cet auteur postule que chaque maladie neurodégénérative aurait sa propre expression en phase présymptomatique, ce qui est largement discutable à divers niveaux.

Actuellement, une nouvelle classification de cette catégorie intermédiaire est définie par le DSM-V (2013), sous le vocable de trouble neurocognitif mineur. Cette classification demeure tout autant contestable que les précédentes, en particulier du fait qu'elle restreigne l'interprétation des modifications psychologiques liées à l'âge aux seuls aspects neurobiologiques sans tenir compte d'autres variables dont on sait pour autant qu'elles influent sur la cognition directement ou indirectement (variables psychoaffectives, environnementales, etc.).

2.2.3 Critique du concept de MCI

Si le concept de MCI connaît un tel engouement, cela s'explique en partie par la fréquence des troubles mnésiques liés à l'âge, par le fait qu'il élargisse la définition du vieillissement cognitif, en réintroduisant le vécu subjectif du sujet en complément de critères objectifs. Il se recentre sur la mémoire en conformité avec les taxonomies précédentes, enfin il comble un vide nosologique en introduisant la notion de *continuum* entre le vieillissement normal et pathologique et en précisant la place

qu'occupe le MCI entre ces deux entités. Mais si ce concept connaît un tel succès, c'est du fait de l'emploi de critères relativement généraux, très attrayants en pratique clinique du fait de la simplicité de leurs applications. Repérer les sujets de plus de 65 ans en phase infraliminaire prédémentielle susceptibles d'évoluer vers une « démence » devient ainsi (*a priori*) un diagnostic aisé. De plus, l'*American Academy of Neurology*, en adoptant ces critères, a fait de ce concept un incontournable en insistant sur la nécessité de repérer ces sujets à très haut risque de développer une démence afin de leur assurer le suivi le plus adapté. On voit bien là tout l'intérêt pour l'industrie pharmaceutique de pouvoir s'adosser sur un tel concept, en termes de développement de nouvelles cibles thérapeutiques « curatives » ou tout du moins préventives. Pour autant, cette classification est actuellement fortement critiquée tant elle s'avère particulièrement simplificatrice et réductrice. De plus en plus de travaux dénoncent aujourd'hui sa valeur prédictive de la démence tant elle est mauvaise (seulement 60 % de MCI amnésiques présentent réellement les critères neuropathologiques après biopsie), son instabilité (environ 40 % des sujets MCI ne répondent pas aux critères de MCI l'année suivante), et enfin son hétérogénéité tant sur le plan de son étiologie (qui milite pour une atteinte de divers processus pathologiques communs) que de son expression clinique et de son évolution (Balota *et al.*, 2010, Mungas *et al.*, 2010).

Voilà pourquoi, en guise de conclusion (voir *infra*), nous nous attacherons à faire part d'une nouvelle conception du vieillissement normal et problématique, beaucoup plus exigeante, qui s'appuie sur la reconnaissance de la complexité du vieillissement cognitif, tout en plaçant la personne âgée au cœur du dispositif, dans une démarche pleinement humaniste.

3. Neuropsychologie des syndromes démentiels

Le concept de démence fut longtemps synonyme de folie avant de devenir celui de maladie. La démence se définit traditionnellement comme l'altération globale du fonctionnement cognitif, induisant une réduction significative du fonctionnement professionnel ou social par rapport à l'état prémorbide. Toutefois cette définition s'applique à des tableaux sémiologiques et de sévérité fort différents. De plus, le terme de démence est actuellement rejeté par les patients et leur famille tant il reste assimilé avec la maladie mentale, c'est-à-dire frappé du sceau de

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

la folie. Aussi, dans sa définition et par le nom employé, la démence est un concept particulièrement critiqué (Derouesné, 2003). Aussi le DSM-V préfère-t-il actuellement l'appellation de « trouble neurocognitif majeur » (TNCM) pour désigner l'altération de divers domaines cognitifs et de la cognition sociale. Cette atteinte cognitive se définit par la dépendance ou par les troubles cognitifs qu'elle induit, allant de légers à sévères. La perte d'autonomie permettait jusqu'à il y a peu d'isoler différents stades de la pathologie : « démence légère », « démence modérée », « démence sévère ». Actuellement, c'est davantage le degré de sévérité des troubles cognitifs (trouble léger, trouble modéré, trouble sévère) qui caractérise cet état. Ils sont objectivés et différenciés sur la base des scores obtenus à une échelle d'évaluation globale du fonctionnement cognitif, tel le MMSE. Des normes sont fournies avec les seuils qui en définissent les limites selon l'âge et le niveau culturel. Ces troubles cognitifs majeurs, principalement d'étiologies neurodégénératives ou vasculaires, s'inscrivent dans un cadre nosographique vaste qui s'est largement étendu des années quatre-vingt-dix à nos jours.

3.1 La maladie d'Alzheimer (MA)

La maladie d'Alzheimer est une pathologie neurodégénérative, découverte par Alois Alzheimer (1907), qui affecte progressivement et globalement l'ensemble des fonctions cognitives. Le retentissement sur la vie quotidienne et l'autonomie est à terme sévère. Son étiologie demeure encore méconnue mais différentes recherches ont permis d'isoler à la fois des facteurs génétiques et environnementaux.

3.1.1 Épidémiologie

La maladie d'Alzheimer constitue un véritable problème de santé publique du fait de sa prévalence (proportion de malades dans la population à un temps donné) et de son incidence (évaluation statistique du risque, pour un individu, de développer cette pathologie). En France, en 2010, la prévalence de la maladie d'Alzheimer était de 870 000 personnes selon la source INSERM. En 2020, la maladie d'Alzheimer devrait affecter plus de 2 millions de personnes. L'incidence de la maladie d'Alzheimer est ainsi faible avant 65 ans, puis double toutes les tranches de cinq ans d'âge. Cette incidence varie donc selon les tranches d'âge, elle serait d'environ de 2 % avant 65 ans, pour atteindre 15 à 18 % à 75 ans et 30 à 36 % à 80 ans ; 225 000 nouveaux cas par an sont diagnostiqués chaque année. Différents facteurs de risque ont été isolés : le premier est

l'âge. Avec l'âge, la probabilité de fréquence d'apparition de la maladie augmente, elle est en lien avec l'augmentation de l'espérance de vie. Puis apparaissent le sexe féminin, le faible niveau d'éducation, et, globalement les différents facteurs de risques vasculaires.

3.1.2 Étiologie et neuropathologie

On distingue une forme familiale à début précoce qui affecte les sujets dits jeunes (avant 60 ans). Cette forme rare a été mise en lien avec la mutation de divers chromosomes, et fait d'elle une forme génétique au mode de transmission autosomique dominant (50 % des enfants sont exposés au risque d'en être atteints à leur tour). L'autre forme, de loin la plus courante, est à début tardif (au-delà de 65 ans). L'étiologie de cette forme, dite sporadique, est soumise à d'autres facteurs de risque dont le principal est l'âge. Le sexe féminin multiplie quant à lui par 1,5 à 2 le risque de développer la maladie ; les facteurs de risque vasculaire et une faible réserve cognitive sont également rapportés. Toutefois, la forme sporadique est multifactorielle, les gènes ApoE (ApoE2, ApoE3, ApoE4) viennent perturber la production d'une protéine nécessaire au transport du cholestérol et d'autres corps gras du sang vers les cellules du corps. La présence du gène ApoE4 est celle qui confère le plus de risque de développer la forme sporadique.

La maladie d'Alzheimer induit des lésions cellulaires spécifiques (dégénérescence neurofibrilaire) et non spécifiques (plaques séniles) qui provoquent une dégénérescence neuronale associée à une diminution du nombre de connexions synaptiques. Cette perte neuronale explique l'atrophie corticale qui accompagne cette pathologie. Les lésions débutent toujours au niveau de l'hippocampe, qui est la structure neuroanatomique qui sous-tend la mémoire, provoquant les troubles mnésiques inauguraux de la pathologie. Puis elles se généralisent à l'ensemble du cerveau, expliquant alors le caractère progressif de l'évolution de la maladie et de ses manifestations cliniques, qui intéressent à la fois les sphères comportementales, et cognitives.

3.1.3 Clinique neuropsychologique de la MA

La sémiologie est habituellement rapportée aux différentes phases de la maladie : une phase infraclinique qui s'installe insidieusement et à bas bruit entre 10 à 20 ans. Une phase dite prédémentielle qui voit l'émergence puis l'expression des troubles exécutifs, mnésiques et psychocomportementaux encore compatibles avec une relative préservation de l'auto-

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

nomie. Cette phase durerait de 2 à 5 ans. La phase dite démentielle qui voit la majoration des troubles, rendant la dépendance à l'autre de plus en plus soulignée. Dans sa forme habituelle, la clinique de la MA se caractérise par un déficit mnésique prédominant, des manifestations psychocomportementales (apathie) et une limitation de l'autonomie pour les actes de la vie quotidienne. Cette clinique s'exprime par la sémiologie suivante :

– **Les manifestations cognitives** intéressent l'ensemble des fonctions cognitives mais à des degrés divers. Il est difficile de décrire un tableau spécifique des troubles cognitifs dans la maladie d'Alzheimer car les altérations observées sont très hétérogènes d'un sujet à l'autre. Actuellement, le diagnostic neuropsychologique s'intéresse aussi bien aux différents types de mémoire qu'aux processus en jeu dans la mémorisation.
– **La mémoire de travail** est altérée principalement en modalité verbale, à travers un empan mnésique réduit qui signe donc une diminution de la quantité d'information pouvant être stockée à court terme. Le système de stockage phonologique et le mécanisme de récapitulation de la boucle articulatoire ne seraient pas en cause. Cette altération serait liée à un dysfonctionnement exécutif précoce et à un ralentissement de la vitesse de récapitulation articulatoire. L'hypothèse du dysfonctionnement exécutif est patente, notamment, les performances chutent drastiquement dans des situations dites de double tâche où le sujet doit diviser son attention. Ceci serait imputable à une réduction de la capacité de coordonner les traitements cognitifs utiles pour s'engager dans deux tâches simultanément. Cette mémoire serait également affectée du fait d'une réduction d'une recherche active en mémoire, signant une réduction des ressources attentionnelles, mais également par des difficultés de planification, de résolution de problèmes. Enfin, les mécanismes inhibiteurs de l'information non pertinente apparaissent défaillants, scellant l'existence d'une sensibilité accrue à l'interférence, dès lors qu'elle nécessite la mise en œuvre de processus contrôlés. L'oubli par effacement qui caractérise cette mémoire est rapide, progressif. L'origine des déficits dans les tâches d'empan visuospatial demeure quant à elle encore partiellement comprise.
– Les difficultés observées en **mémoire épisodique** sont particulièrement sévères et précoces, elles représentent le trouble majeur du tableau clinique. Ces troubles d'apparition infraclinique seraient liés à l'atteinte du cortex entorhinal et de l'hippocampe, premières régions cérébrales atteintes par les lésions provoquées par

la maladie. Les troubles s'expliqueraient par un déficit de l'encodage des caractéristiques sémantiques de l'information en regard de la théorie dite de « niveaux de traitement » (Craik et Lockhart, 1972). Pour que l'information ait une trace mnésique non labile, il est nécessaire que son encodage soit profond, c'est-à-dire qu'il atteigne le niveau sémantique. Un encodage effectué de façon trop superficielle serait à l'origine des troubles de la mémoire épisodique. De plus, les patients suspectés de MA ne bénéficieraient pas d'effet de similarité au cours d'une tâche d'encodage. Selon certains auteurs, le trouble de mémoire épisodique des patients Alzheimer serait en relation avec les capacités préservées (ou non) en mémoire sémantique. Le processus de stockage est par ailleurs défaillant, comme en atteste le rappel différé. Enfin, la récupération des informations en rappel libre est faible (pas d'utilisation de stratégies de récupération efficaces), et n'est pas facilitée par une tâche d'indiçage (rappel indicé qui consiste à donner un élément qui, par voie associative, active automatiquement la trace mnésique de l'élément à rappeler), qui normalement devrait permettre d'améliorer le rappel. On dit de ces patients qu'ils ne bénéficient pas de l'indiçage puisque ce dernier ne leur permet pas d'améliorer leurs performances bien qu'une hétérogénéité puisse être observée sur ces résultats. L'inconstance du rappel (libre) chez les patients Alzheimer traduirait un déficit de l'encodage, mais aussi de récupération. L'information serait avant tout non disponible en mémoire à long terme, mais aussi non accessible, du fait de stratégies inefficaces de récupération. Enfin, d'un point de vue plus qualitatif, un nombre important d'erreurs d'intrusion est constaté chez ces patients.

L'évaluation des défaillances processuelles est possible avec l'échelle de Grober et Buschke (Grober et Buschke, 1987).

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

Le test de Grober et Buschke permet d'évaluer les processus d'encodage, de stockage mnésique et de récupération en condition libre ou indicée.

Phase d'encodage : le patient doit tout d'abord encoder 4 blocs de 4 mots, blocs qui ne renvoient pas aux mêmes catégories sémantiques (ex : bloc 1 : jonquille, gilet, domino, hareng). Une planche contenant les 4 mots du bloc 1 est présentée afin que le patient puisse lire à haute voix chacun des mots, puis les rappeler immédiatement. Chaque bloc est ainsi encodé ; en cas d'échec sur un des blocs, les items non rappelés sont revus de la même manière, avec un maximum de 3 tentatives. Cette phase permet de contrôler l'encodage.

Phase de rappel : préalablement à cette phase, une tâche de comptage à rebours est proposée afin de « laver » la mémoire de travail. On procède alors au rappel libre de l'ensemble des mots acquis dans la phase précédente. Les mots non évoqués en rappel libre font l'objet d'un rappel indicé où la catégorie sémantique du mot manquant est proposée en guise d'indice. On obtient ainsi un score de rappel libre et un score de rappel indicé. Cette phase est répétée 3 fois de suite avec une tâche distractice (comptage à rebours) entre les essais. La répétition des essais permet d'observer s'il existe ou non des possibilités d'apprentissage (l'indiçage devrait permettre que le mot soit réévoqué librement à l'essai suivant : rappel consistant).

Phase de reconnaissance : on propose une liste de 48 mots contenant les mots cibles appris précédemment et des distracteurs sémantiques (cible : jonquille ; distracteur sémantique : violette). Il est demandé au sujet d'indiquer les mots qu'il a appris précédemment. La présence de fausse reconnaissance doit être consignée, qu'elle soit neutre (sans rapport sémantique) ou non.

Phase de rappel différé : 20 minutes après la tâche de reconnaissance, on procède à un rappel libre et indicé, qui permet d'évaluer l'oubli.

Les normes de l'échelle ont été publiées chez Solal (Van der Linden et al., 2004).

Chez les patients souffrant d'Alzheimer, l'encodage, et par voie de conséquence le stockage, sont perturbés, d'où des scores de rappel libre bas, peu compensés par l'indiçage et les essais successifs. Dans les cas de troubles mnésiques liés à la dépression ou en présence de troubles cognitifs légers (MCI), on observe un effet d'apprentissage au fur et à mesure des essais, un rappel libre parfois bas mais compensé par un score correct en rappel indicé.

Cette épreuve est sensible au niveau socioculturel. Une épreuve à 48 items au lieu de 16 est proposée pour les sujets ayant un niveau élevé compte tenu d'un effet plafond.

Des déficits en **mémoire implicite et procédurale** ont déjà été observés mais restent sujets à controverses. En effet, les résultats des études sont contradictoires, cette hétérogénéité trouve son explication dans la nature de paradigmes expérimentaux différents et dans la nature des amorçages réalisés. Les déficits pourraient s'expliquer non pas par des atteintes spécifiques de ces deux systèmes mnésiques mais par l'intervention d'autres facteurs liés à la mémoire épisodique ou aux **fonctions exécutives**. Le rôle de **ces dernières** dans les différents déficits observés a souvent été souligné, en particulier le rôle de **l'attention.** Si la capacité à soutenir son attention sur un événement particulier (*attention soutenue*) reste préservée en début de maladie, il n'en est pas de même lorsque nous considérons l'*attention divisée*, c'est-à-dire la capacité de réaliser plusieurs tâches simultanément, qui est significativement altérée.

À un stade précoce, un déficit du fonctionnement exécutif a été mis en évidence, notamment au travers du manque de flexibilité cognitive des sujets atteints (déficit des processus d'inhibition).

Il est à noter qu'un grand nombre d'études ont attesté de l'hétérogénéité des déficits cognitifs dans la maladie d'Alzheimer, de l'existence de capacités préservées, ces dernières pouvant varier considérablement d'un patient à un autre. Les troubles mnésiques dans la MA renvoient également à cette importante variabilité interindividuelle. La nature de ces déficits ne relève pas d'une explication univoque, il n'existe donc pas de configuration prototypique de ces troubles où les dissociations ne sont pas rares, même si l'on a pu relever une prévalence importante dans l'existence de certains systèmes déficitaires.

➘ *Les fonctions instrumentales*

Le langage n'est pas épargné tant dans son versant oral qu'écrit. Les troubles du langage sont, en règle générale, nombreux et précoces, d'autant dans les formes familiales à début précoce. Les troubles du langage oral sont rapportés dans le cadre des aphasies. Généralement, ils débutent par un manque du mot (aphasie anomique). Au cours d'une épreuve de dénomination, il n'est pas rare d'entendre le sujet recourir à des formules du type « c'est un truc pour… », « c'est un machin qui sert à… », quand il ne remplace pas littéralement par des paraphasies (transformation de mots). Puis le manque du mot s'aggrave, le discours devient moins informatif, il est émaillé de paraphasies qui deviennent de plus en plus nombreuses (aphasie transcorticale-sensorielle). Tableau qui va ensuite évoluer vers un trouble majeur de la compréhension et un discours devenu incompréhensible tant il est parasité par un jargon,

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

des néologismes, des persévérations, une tendance à répéter les derniers mots entendus (aphasie de Wernicke).

Les troubles du langage intéressent également le langage écrit, qui en règle général est atteint de façon plus précoce que le langage oral. L'écriture se modifie (dysgraphie) avant de devenir parfois méconnaissable (*agraphie*) en lien avec des troubles praxiques (agraphie apraxique) ou gnosique (agraphie agnosique). L'orthographe s'altère (dysorthographie) jusqu'à la perte complète du savoir écrire. La lecture demeure assez longtemps préservée, à l'inverse de la compréhension des textes écrits (alexie), qui est corrélée à la sévérité de la « démence ».

Les troubles praxiques intéressant les sphères idéomotrices, idéatoires et visuospatiales sont fréquents. Ces troubles constants diffèrent toutefois quant à leurs moments d'apparition. L'apraxie constructive est généralement très précoce, l'incapacité à reproduire des dessins affecte d'abord la troisième (cube en relief) puis la deuxième dimension (maison en perspective). Toutefois ces déficits peuvent également se rencontrer lors du vieillissement normal, ils sont de plus très corrélés au niveau socio-éducatif. L'apraxie réflexive (incapacité à reproduire sur imitation de gestes dépourvus de sens) est également précoce, elle serait corrélée à la sévérité de la démence. L'apraxie idéatoire (impossibilité de manipuler des objets pourtant reconnus) et l'apraxie de l'habillage (impossibilité de s'habiller seul correctement comme vouloir enfiler son pantalon par la tête) réduisent de façon drastique l'autonomie du patient, il nécessite alors une prise en charge par une tierce personne. L'apraxie idéomotrice (impossibilité de reproduire des gestes à signification conventionnelle et mimes d'actions) survient plus tardivement, elle serait corrélée aux troubles psycholinguistiques.

Les capacités de reconnaissance (**gnosies**) sont également atteintes au cours de la maladie d'Alzheimer. Différentes formes d'agnosies peuvent coexister : une agnosie visuelle (de type asémantique et aperceptive), des troubles de la somatognosie (conscience du corps) et l'anosognosie (pas de conscience du trouble). Cette méconnaissance de l'état morbide peut apparaître aux différents stades de la maladie, elle est lourde de conséquences en termes de dangerosité vis-à-vis de soi ou d'autrui, et pour l'observance aux traitements. Enfin, la reconnaissance des visages peut être problématique, jusqu'à l'impossibilité de reconnaître les membres de sa famille (conjoints, enfants).

La désorientation temporo-spatiale est une constante retrouvée dans la maladie d'Alzheimer. Les patients éprouvent de grandes diffi-

cultés à se situer dans le temps et méconnaissent des environnements qui leur sont habituellement familiers.

Exemple : patient adressé par son médecin traitant pour plaintes mnésiques et inquiétude de la famille. Au cours du premier entretien, il réalise spontanément un dessin, étant lui-même artiste à ses heures. L'entretien suivant a lieu une semaine plus tard. M. X ne se souvient plus d'avoir rencontré la psychologue. Mais ce qui est saisissant, c'est qu'apercevant le dessin réalisé la semaine précédente, il s'exclame que quelqu'un a le même coup de crayon que lui ! Quelque chose lui était familier mais pas au point de réaliser une attribution correcte.

➘ *Les manifestations psychocomportementales*

Elles accompagnent les troubles cognitifs dans plus de la moitié des cas et sont à l'origine de la consultation dans 25 % des cas selon une enquête européenne menée auprès des familles (Gély-Nargeot *et al.*, 2003). Au stade infraclinique, elles sont particulièrement précoces et fréquentes, même si parfois méconnues ou confondues. Dans notre une enquête européenne, nous avons retrouvé des modifications du comportement liées à un changement de caractère dans 21 % des cas, une irritabilité dans 16 % des cas et un repli sur soi dans 16 %. Des symptômes dépressifs étaient rapportés dans 51 % des cas par les aidants. Parmi ceux-ci, la dépression avait été confirmée par un médecin dans 66 % des cas et 87 % de ces patients avaient reçu un traitement antidépresseur (soit 29 % du nombre total des patients). Mais le symptôme majeur demeure l'apathie, souvent confondue avec la dépression. L'on se doit de distinguer l'apathie syndrome, qui correspond à un défaut de motivation, de l'apathie symptôme, considérée comme secondaire (réactionnelle) aux troubles cognitifs, à un niveau de conscience altéré et/ou à la présence d'une détresse émotionnelle. L'apathie se caractérise par une baisse de motivation, une perte d'intérêt vis-à-vis des activités de loisirs, des activités sociales, un repli sur soi. L'humeur non dysphorique et l'absence de signes somatiques (troubles du sommeil, de l'appétit, ralentissement moteur) la distingue de la dépression. L'émoussement affectif et l'incontinence émotionnelle, accompagnés d'irritabilité, en sont les principales manifestations psychoaffectives. Les troubles de la personnalité sont fréquents avec l'évolution de la maladie. Des profils dimensionnels ont pu être établis sur la base d'une étude de cohorte européenne de 2 354 personnes atteintes de maladie d'Alzheimer (www.alzheimer-europe.org). Une première dimension, identifiée chez 64 % des sujets de l'étude, correspond à l'hyperactivité englobant les symptômes

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

d'agitation, de désinhibition, d'irritabilité, ou les symptômes moteurs aberrants. Au stade démentiel, l'on assiste à une augmentation de l'apathie, de l'irritabilité et la présence d'une symptomatologie dépressive et anxieuse. La deuxième dimension recouvre les symptômes psychotiques tels que le délire (de vol, de préjudice), les hallucinations visuelles plus ou moins élaborées qui sont d'apparition plus tardive et la perturbation des cycles diurnes-nocturnes ; dimension repérée chez 38 % des participants. Les troubles appartenant à la dimension affective, présents chez 50 % des sujets de l'étude, renvoient à l'anxiété et la dépression. Enfin, une dernière dimension, appelée « apathie », a été identifiée, regroupant l'apathie mais aussi les troubles de l'appétit et de l'alimentation. Ce subsyndrome, le plus commun, apparaît chez 65 % des sujets.

➘ *Les phénomènes psychotiques (idées délirantes de vol, de préjudice, hallucinations)*

Les patients souffrant de démence d'Alzheimer peuvent présenter des symptômes appartenant à plusieurs dimensions.

Vignette clinique (démence d'Alzheimer)

Mme P., âgée de 83 ans, présente depuis peu des troubles mnésiques suffisamment bruyants pour alerter la famille. L'anamnèse montre que des troubles mnésiques étaient présents auparavant mais n'avaient pas jusqu'alors inquiété ses proches. Il arrivait à Mme P. de ne plus savoir où elle rangeait ses affaires, comment faire une recette qu'elle connaissait très bien par ailleurs. Ces derniers temps, elle oubliait de fermer de gaz.

Mme P. vit seule, est parfaitement autonome et participe encore à des activités extérieures (Scrabble, cartes). Alors qu'elle ne s'est jamais trompée dans les anniversaires de ses enfants, tout récemment, elle a anticipé d'un mois celui de son fils aîné. Au cours des conversations, les enfants ont noté qu'elle posait plusieurs fois la même question.

Mme P. est assez bien insérée dans le quartier qu'elle habite mais parfois son discours est infiltré de l'idée que ses voisins lui dérobent des objets ; idées qu'elle développe notamment lorsqu'elle ne retrouve pas lesdits objets !

Son état s'est aggravé semble-t-il à la suite d'une chute ayant nécessité une hospitalisation. Elle est devenue moins dynamique, songe plus fréquemment à la mort : « J'en ai plus pour très longtemps. »

Il lui arrive par ailleurs de ne pas réussir à terminer une phrase : « Ah zut ! Ça me revient plus. »

Son MMSE est à 20/30 : on relève une erreur sur la date du jour et Mme P. oublie deux mots sur trois. La figure géométrique reproduite n'est pas correcte, laissant présager l'existence de troubles visuospatiaux.

3.1.4 Démarche diagnostique de la MA

Le diagnostic de maladie d'Alzheimer à un stade précoce repose sur l'évaluation neuropsychologique qui contribue à un repérage précoce et facilite le diagnostic différentiel. La question du diagnostic précoce se pose en l'absence de traitement médicamenteux curatif. Toutefois, un dépistage précoce peut autoriser la mise en place d'une prise en charge psychologique utile pour accompagner l'annonce du diagnostic, les premières manifestations psychocomportementales du patient (syndrome anxio-dépressif) et fournir également une aide à son proche aidant. Pour autant cette prise en charge réclamée par les familles est encore trop souvent ignorée ou prise pour un luxe.

Le diagnostic différentiel de la MA doit écarter toute plainte mnésique liée à un vieillissement normal, à un déficit cognitif léger (*Mild Cognitive Impairment*) ou à un trouble de l'humeur. D'autre part, la confusion mentale, les démences iatrogènes (carence vitaminique par exemple) et d'origine tumorale doivent également être exclues. Les critères NINCDS-ADRDA ci-après sont fréquemment utilisés pour évaluer la probabilité d'être en présence d'une maladie d'Alzheimer.

Tableau 3.1 – *Critères NINCDS-ADRDA de la maladie d'Alzheimer*

1. Les critères pour le diagnostic clinique de « maladie d'Alzheimer probable » sont :

- Une démence diagnostiquée sur les données de la clinique et documentée par le *Mini Mental Test*, l'échelle de démence de *Blessed* ou d'autres similaires et confirmée ultérieurement par des tests neuropsychologiques appropriés.
- Des altérations portant sur au moins 2 fonctions cognitives.
- Une altération progressive de la mémoire et d'autres fonctions cognitives.
- L'absence de troubles de la conscience.
- Un début entre 40 et 90 ans, le plus souvent après 65 ans ; et une absence d'affections systémiques ou cérébrales qui pourraient, directement ou indirectement, rendre compte d'altérations progressives de la mémoire ou de la cognition.

2. Le diagnostic de « maladie d'Alzheimer probable » est fondé sur :

- Une détérioration progressive de fonctions cognitives spécifiques comme le langage (aphasie), les habiletés motrices (apraxie), la perception (agnosie).
- Une altération des activités quotidiennes et des perturbations des schémas comportementaux.
- Des antécédents familiaux de troubles similaires, surtout si une confirmation histologique a été apportée.
- Les résultats des examens paracliniques :

– LCR normal selon les techniques standard,

– EEG normal ou présentant des altérations non spécifiques (augmentation des activités à types d'ondes lentes),

☞

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

☞

– mise en évidence d'une atrophie cérébrale au scanner X, avec documentation de la progressivité de cette évolutivité par plusieurs examens consécutifs.

3. D'autres manifestations cliniques sont compatibles avec le diagnostic de « maladie d'Alzheimer probable », après exclusion des autres causes de démence :

• Présence de plateaux dans la progression de la maladie.
• Symptômes associés de dépression, insomnie, incontinence, délire, illusions, hallucinations, exacerbation brutale de manifestations verbales, émotionnelles ou physiques, troubles sexuels, amaigrissement.
• Autres anomalies neurologiques notamment lorsque la maladie est à un stade avancé (hypertonie, myoclonies, troubles de la marche, etc.).
• Crises épileptiques possibles à un stade avancé.
• Scanner X normal pour l'âge.

4. Éléments qui plaident contre le diagnostic de « maladie d'Alzheimer probable »

• Début soudain.
• Signes neurologiques focaux (hémiparésie, déficit sensitif, déficit du champ visuel), troubles de la coordination survenant précocement en cours d'évolution.
• Crises d'épilepsie ou troubles de la marche dès le début de la maladie.

5. Le diagnostic de « maladie d'Alzheimer possible » peut être porté :

• Sur la base d'un syndrome démentiel, en l'absence d'autres étiologies reconnues de démence (affections neurologiques, psychiatriques ou maladie générale) et en présence de formes atypiques dans leur mode de début, leur présentation clinique ou leur évolution.
• En présence d'une seconde affection générale ou neurologique, qui pourrait causer la démence mais qui n'est pas considérée comme actuellement et dans le cas considéré responsable de cette démence.
• Dans le cadre de la recherche clinique, ce diagnostic doit être retenu lorsqu'un déficit cognitif est isolé et s'aggrave progressivement en l'absence d'autre cause identifiable.

6. Les critères pour le diagnostic de « maladie d'Alzheimer certaine » sont :

• Les critères cliniques pour le diagnostic de maladie d'Alzheimer probable.
• La mise en évidence d'altérations histopathologiques caractéristiques obtenue par biopsie ou autopsie.

Source : *Kit à l'usage des neurologues. Critères diagnostiques des démences,* laboratoires EISAI et Pfeizer, d'après McKhann *et al.,* 1984 ; traduction de S. Bakchine)

3.2 Les dégénérescences fronto-temporales (DFT)

Le cortex frontal joue un rôle particulier dans l'organisation de la vie mentale et dans celle des opérations cognitives. Il intervient dans l'élaboration d'intentions, dans l'initiation des réponses comportementales, dans les opérations cognitives complexes rendues possibles grâce

à la manipulation d'informations maintenues en mémoire de travail et l'élaboration de stratégies de résolution, dans l'exécution et le contrôle du plan d'action. Il est le lieu d'intégration supra-modal et sa fonction d'adaptation est assurée de façon schématique par trois sous-ensembles anatomiques et fonctionnels :

– un système dorso-latéral, qui organiserait le maintien en mémoire de travail des informations pertinentes et l'élaboration des stratégies de réponse (fonction exécutive) ;
– un système interne impliqué dans le contrôle attentionnel et l'élaboration d'intention (fonction d'activation) ;
– un système orbitaire participant à l'analyse de la pertinence de la réponse et à l'inhibition comportementale (fonction de contrôle).

Les critères diagnostiques sont récents (Neary *et al.,* 1988). Il s'agit du type de dégénérescences le plus fréquent après la maladie d'Alzheimer ; elles concernent les sujets adultes de 55-60 ans, bien que certains cas plus tardifs (80 ans) ou plus jeunes (35-40 ans) aient été décrits et que 20 à 25 % des DFT apparaissent après 65 ans. Un facteur de risque familial a été retrouvé dans environ un tiers des cas ; en fonction de l'âge de survenue, la prévalence est estimée entre 3,6 et 15 cas pour 100 000 habitants, les DFT représentent 5 % des démences. Le concept de DFT recouvre diverses variantes hétérogènes.

3.2.1 La variante frontale ou comportementale (vf DFT)

Il s'agit de la variante la plus commune. Sa prévalence (nombre de cas totaux recensés à un moment donné) est estimée entre 15 et 22 cas pour 100 000 personnes. Elle apparaît de façon sporadique dans une famille ou peut être en rapport avec une mutation génétique (25 à 40 % des patients). Les deux sexes en sont atteints de façon égale. Son incidence (nombre de nouveaux cas sur une période d'1 an) est maximale entre 50 et 60 ans (avec des extrêmes de 20 à 75 ans).

Elle est dominée du début jusqu'à la fin de son évolution par des troubles du comportement centrés sur la présence d'une apathie (dans 80 % des cas) qui peut être soit isolée, soit associée à une désinhibition. Trois tableaux cliniques ont été décrits : un premier type apathique dit pseudo-dépressif ; un second type désinhibé dit pseudo-psychopathique ; un troisième type stéréotypé dit pseudo-trouble obsessif-compulsif (TOC).

➘ *L'apathie*

L'apathie est définie par un manque de motivation qui s'accompagne :

1) d'une diminution franche du comportement intentionnel (réduction de l'activité, diminution de productivité, de l'effort, d'un manque

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

d'initiative ou de persévérance, d'une soumission comportementale ou d'une dépendance vis-à-vis des autres pour structurer l'activité) ;

2) d'une diminution des activités cognitives intentionnelles (restriction des champs, manque d'intérêt pour apprendre de nouvelles choses ou vivre de nouvelles expériences, absence de préoccupation pour sa personne, sa santé, ses activités, diminution de l'importance ou de la valeur attribuée à des domaines comme la socialisation, la détente, la productivité, l'initiative, la persévérance, la curiosité).
3) d'une diminution des aspects émotionnels du comportement intentionnel (monotonie de l'affect, manque de réactivité émotionnelle aux événements positifs ou négatifs, affect euphorique ou plat, absence d'excitation ou d'intensité émotionnelle). L'absence de motivation n'est pas attribuable à un déficit intellectuel, à une détresse émotionnelle ou à une diminution du niveau de conscience. Lorsque le manque de motivation est attribuable à un déficit intellectuel, à une détresse émotionnelle ou à une réduction du niveau de conscience (somnolence ou diminution de l'attention), l'apathie doit être considérée comme un symptôme dépendant d'un autre syndrome comme une dépression ou une confusion mentale (Derouesné, 2004).

➘ *Les troubles du comportement social*

Ils sont davantage évocateurs, mais aussi tardifs. Ils s'expriment par des bizarreries comportementales, une désinhibition verbale (plaisanteries mal à propos, grivoiseries), une perte des convenances sociales (tutoiement inapproprié), une hyperoralité.

➘ *Les troubles du caractère*

Ils se manifestent par un défaut de flexibilité, une psychorigidité associée à la ritualisation des conduites, une absence de prise en compte des autres en lien avec des déficits de la théorie de l'esprit et de l'empathie, un maniérisme infantile, un trouble de l'attention soutenue (distractibilité), des comportements d'utilisation ou d'imitation, une impulsivité. Des modifications de l'habillement, de l'apparence physique, des croyances politiques ou religieuses, du style de personnalité ressenti par les autres (*self*). Le patient est habituellement inconscient de ses troubles (anosognosie).

➘ *Les manifestations cognitives*

Elles se situent au second plan : défaut du fonctionnement exécutif, troubles du mnésique portant sur les opérations de rappel, émaillés de

fabulations, troubles du langage (logorrhéique ou réduit) et relative préservation des fonctions visuospatiales.

L'examen neuropsychologique et psychologique permet de mettre en évidence un tableau sémiologique complexe qui allie des troubles de la motivation (apathie), des troubles de l'humeur (émoussement affectif, humeur syntone), des troubles exécutifs (déficits d'attention, de planification, de contrôle des activités, en particulier séquentielles et dans les tâches nouvelles), des troubles du langage (pragmatique), des troubles de la théorie de l'esprit (déficit d'inférences sur ce que pensent les autres), des troubles de la conscience de soi, déficit d'anticipation des conséquences de sa conduite, d'empathie.

3.2.2 Les formes temporales (vt DFT)

Elles sont dominées par un trouble du langage et s'expriment sous la forme de 2 tableaux cliniques distincts :

– La démence sémantique, caractérisée par une amnésie sémantique progressive avec conservation de la mémoire épisodique pendant une longue durée. Elle se manifeste par une difficulté à produire et à comprendre des mots, à dénommer les objets du fait d'une agnosie visuelle associative. Les troubles du comportement qui apparaissent d'abord au second plan se développent ensuite progressivement (apathie, modifications du caractère, rigidité, égocentrisme, stéréotypies, etc.). L'examen neuropsychologique met en évidence une altération sémantique (aphasie sémantique, agnosie visuelle associative) contrastant avec la relative conservation de la mémoire épisodique.
– L'aphasie dégénérative progressive, qui à l'inverse se présente sous la forme d'une aphasie non fluente.

3.2.3 Autres formes de DFT

Trois autres formes de dégénérescence fronto-temporale ont été recensées. Il s'agit de :

– la forme génétique : qui associe une DFT et un syndrome parkinsonien ;
– la forme associée à une sclérose latérale amyotrophique (SLA, qui est une dégénérescence progressive des motoneurones). C'est une affection de l'adulte, préférentiellement de sexe masculin, survenant habituellement entre cinquante et soixante ans. Le début est très évocateur de troubles comportementaux avec une désinhibition marquée, des troubles du langage (persévération, néologisme), puis

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

des troubles neurologiques qui apparaissent l'année suivante. Cette pathologie est d'un pronostic très péjoratif, avec décès rapide (en moyenne à 3 ans) ;
– la forme associée à une dégénérescence corticobasale, qui allie des troubles moteurs neurologiques (hypertonie, syndrome parkinsonien) et une apraxie d'aggravation progressive longtemps isolée.

3.2.4 Démarche diagnostique et évolution des DFT

➘ *Diagnostic clinique*

Les DFT sont difficiles à diagnostiquer car, au tout début de la maladie, les symptômes prédominants sont des modifications du comportement. Les symptômes comportementaux sont toujours inauguraux, ils ont un début insidieux et une progression lente et restent prédominants tout au long de l'évolution. Ils évoquent, le plus souvent, une pathologie psychiatrique ; ceci explique que ce type de dégénérescence soit souvent sous-diagnostiqué du fait de sa méconnaissance et de ses chevauchements sémiologiques avec d'autres pathologies. Ces malades connaissent l'errance diagnostique et se retrouvent souvent en psychiatrie.

La démarche diagnostique est pluridisciplinaire, elle est constituée : d'un recueil anamnestique et d'une analyse de la plainte, d'un examen clinique médical, d'une évaluation neuropsychologique et comportementale, d'une imagerie cérébrale. Les difficultés diagnostiques résident dans la mise au premier plan des troubles comportementaux alors que les troubles cognitifs sont relégués au second plan.

➘ *Le diagnostic différentiel*

Il se fait entre des pathologies psychiatriques (dépression, névrose obsessionnelle), des pathologies neurodégénératives (maladie d'Alzheimer), des tumeurs cérébrales (qui donnent les mêmes troubles du comportement si la tumeur se trouve en région frontale) et les démences vasculaires.

Les progrès en neuropsychologie permettent aujourd'hui de distinguer un profil cognitif particulier des patients DFT des autres démences. Le score au MMSE, qui n'est pas adapté pour les troubles cognitifs présents dans ces pathologies, reste longtemps normal. Cela contraste avec la perte d'autonomie déjà importante dans la vie de tous les jours (désocialisation, apathie et trouble du comportement).

Les fonctions instrumentales sont relativement préservées : en particulier, il n'y a pas de troubles praxiques ou gnosiques au quotidien.

L'évaluation de la mémoire épisodique nous montre un profil mnésique différent de celui des malades d'Alzheimer : le rappel libre est déficitaire, mais l'indiçage leur permet en début de maladie de normaliser leur performance.

Pour argumenter le diagnostic, une perturbation des performances aux tests dits frontaux ou exécutifs doit être recherchée chez les patients qui peuvent manifester des troubles lorsqu'ils sont confrontés à des situations nouvelles (trouble de la planification, de la flexibilité mentale, de l'inhibition, des capacités d'abstraction). Ces perturbations exécutives doivent être présentes en l'absence de troubles sévères de la mémoire, d'aphasie ou de troubles visuoconstructifs (contrairement à ce qui est retrouvé dans la maladie d'Alzheimer).

Des études récentes tendent à démontrer qu'une évaluation de la cognition sociale permettrait de différencier la démence fronto-temporale des autres démences. Cette évaluation utilise des épreuves de la théorie de l'esprit (capacité à se représenter l'état mental d'autrui, ses pensées, ses sentiments), comme l'épreuve des faux pas, l'analyse du traitement des émotions par cette population (identification des émotions sur les visages) ou une évaluation de la compréhension de bandes dessinées et d'histoires humoristiques. Ces études montrent que la cognition sociale est perturbée précocement chez ces patients par rapport aux patients témoins ou MA.

➘ *L'évaluation*

L'évaluation de troubles du comportement par questionnement de l'entourage est primordiale pour le diagnostic différentiel. Il se fait à partir de l'échelle de dysfonctionnement frontal présentée ci-dessous (Lebert, Pasquier, Souliez et Petit, 1998). Cette échelle évalue 4 grands domaines de fonctionnement, le *self-control*, les troubles de l'humeur, la négligence physique et la baisse d'intérêt. Un score ≥ 3 (le score maximum est de 18) évoque une DFT si le score au MMSE ≤ 18. On cote 1 point si le symptôme est présent et 0 dans le cas inverse.

Échelle de dysfonctionnement frontal (EDF)
Trouble du self-control
Hyperphagie Désinhibition verbale Irritabilité, colère Instabilité psychomotrice Conduites alcooliques Désinhibition comportementale Troubles du contrôle : pleurs, rires

☞

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

☞
Négligence physique
Hygiène corporelle Vêtements (harmonie, propreté, indifférence aux taches) Cheveux (coupe, propreté)
Troubles de l'humeur
Tristesse apparente Hyperémotivité Indifférence affective Exaltation
Manifestations d'une baisse d'intérêt
Assoupissement diurne Désintérêt social Apathie Persévération motrice

➘ *Évolution de la maladie*

L'évolution des DFT peut être lente ou rapide, mais elle est habituellement sévère, l'institutionnalisation survient en moyenne 5 ans après le début des troubles et 75 % des patients sont décédés 6 ans après le début des troubles (Hodges *et al.*, 2003).

Les premiers signes remarqués par l'entourage et les professionnels de santé sont les troubles du comportement. Ils sont de survenue insidieuse et progressive. Ils précèdent les troubles cognitifs et les troubles physiques. Ces troubles du comportement interfèrent avec la vie sociale et professionnelle du malade. Les premières atteintes cognitives sont les troubles exécutifs. Des troubles du langage apparaissent dans un deuxième temps (écholalies, persévérations, puis mutisme).

Le malade devient au bout de quelques années totalement dépendant, et a besoin d'une aide permanente pour chaque geste de la vie courante : marche, toilette, habillement ou alimentation. Le maintien à domicile peut devenir délicat. Certains malades peuvent alors être placés en maisons de retraite (qui ne sont pas adaptées au vu de leur âge et de leurs troubles).

3.2.5 Prise en charge

➘ *Prise en charge médicamenteuse*

Aucun traitement n'est proposé à ce jour pour cette maladie neurodégénérative. Les thérapies proposées dans les démences (anticholinergiques) sont déconseillées parce qu'elles augmentent les troubles

cognitifs et comportementaux. Les neuroleptiques, souvent prescrits en raison des troubles du comportement, sont fortement déconseillés pour les mêmes raisons.

➘ *Prise en charge non médicamenteuse*

En l'absence de thérapeutique médicamenteuse, elle semble donc primordiale afin d'aider au quotidien de ces malades et de leur entourage :
- information aux familles sur cette pathologie ;
- soutien psychothérapeutique aux familles ;
- mesures de protection (tutelle, curatelle) ;
- environnement à aménager (ergothérapeute) ;
- surveillance des repas afin d'éviter l'hyperphagie et les complications des troubles de la déglutition ;
- séances d'orthophonie ;
- mise en place d'un plan d'aide au domicile (aide ménagère, infirmière) ;
- placement en institution.

3.3 La démence à corps de Lewy (DCL)

La démence à corps de Lewy (DCL) est une pathologie neurodégénérative fréquente et récente dont l'identification remonte aux années quatre-vingt et pour laquelle des critères diagnostiques ont été édictés en 2005 par McKeith *et al*. Elles représentent 15 à 25 % des cas de démences chez les sujets âgés de plus de 65 ans, survenant majoritairement chez des hommes de 75 ans en moyenne. La prévalence est de 0,7 % à 65 ans.

3.3.1 Clinique de la DCL

Elle se caractérise par la présence d'inclusions neuronales (dépôts anormaux d'une protéine à l'intérieur des neurones) de corps de Lewy (du nom de celui qui fut le premier à les décrire), mais rarement de façon spécifique. En effet, elles sont présentes dans la maladie de Parkinson et, dans plus de la moitié des cas, elles coexistent avec des lésions de type Alzheimer.

Les troubles cognitifs sont caractérisés par :

1) leurs fluctuations en termes de présence et de sévérité, le patient paraissant soit confus, soit quasi normal ;

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

2) la présence d'hallucinations visuelles est récurrente dans 80 % des cas. Elles se caractérisent par leur richesse, elles sont très documentées et colorées ;
3) la présence d'un syndrome parkinsonien dans la moitié des cas, avec une akinésie, une hypertonie, une bradypsychie, un tremblement au repos qui rendent le diagnostic différentiel délicat avec la maladie de Parkinson.

Cette pathologie neurodégénérative est parfois méconnue, sous-diagnostiquée et parfois confondue avec la maladie d'Alzheimer. Elle serait la deuxième ou troisième cause de démence neurodégénérative selon les études.

3.3.2 Démarche diagnostique

La démarche diagnostique se fait toujours en équipe pluridisciplinaire à partir d'un recueil anamnestique, d'une analyse de la plainte, d'un examen clinique médical (avec une attention particulière sur le syndrome parkinsonien), d'une évaluation neuropsychologique et comportementale, d'une analyse du sommeil paradoxal, d'une imagerie cérébrale et parfois d'un bilan réalisé par un kinésithérapeute. L'examen neuropsychologique met en évidence des troubles de l'attention et des capacités visuospatiales précoces. Le dessin est davantage perturbé en copie qu'en dessin libre, ce qui en fait un signe très évocateur. Le fonctionnement exécutif est précocement atteint, à l'inverse de la mémoire épisodique qui au début est peu affectée. Les troubles mnésiques portent essentiellement sur des déficits de récupération ; toutefois, l'encodage et le stockage peuvent également être altérés lorsque coexistent des lésions de type Alzheimer signant une atteinte hippocampique.

Dans l'ensemble le diagnostic est délicat, d'autant qu'il se fait à partir des critères cliniques proposés par McKeith et ses collaborateurs (McKeith *et al.*, 2005). Ces critères sont peu sensibles, même si leur spécificité est correcte.

Tableau 3.2 – *Critères révisés de McKeith* et al. *pour le diagnostic clinique de la démence à corps de Lewy*

Critère essentiel pour le diagnostic de DCL
– Existence d'un déclin cognitif progressif d'amplitude suffisante pour interférer avec une vie sociale ou professionnelle normale. – Une altération mnésique au premier plan ou persistante peut ne pas survenir nécessairement pendant les stades précoces, mais devient habituellement patente avec l'évolution. – Des déficits aux tests d'attention, de fonctions exécutives ou de capacités visuospatiales peuvent être particulièrement marqués.
Critères centraux
– Présence de deux des signes suivants pour le diagnostic de forme probable ; présence d'au moins un signe pour le diagnostic de forme possible : – Fluctuations de l'état cognitif avec variations franches de l'attention et de la vigilance – Hallucinations visuelles récidivantes, typiquement précises et détaillées Syndrome parkinsonien
Critères évocateurs
– Trouble du comportement du sommeil paradoxal – Sensibilité sévère aux neuroleptiques – Anomalies du transporteur de la dopamine
Critères compatibles
– Chutes répétées et syncopes – Pertes de connaissance inexpliquées, passagères – Signes dysautomiques – Hallucinations dans d'autres modalités que visuelles – Idées délirantes – Dépression – Préservation relative des structures temporomédianes à la tomodensitométrie X ou à l'imagerie par résonance magnétique. – Hypoperfusion myocardique à la scintigraphie – Hypoperfusion myocardique à la scintigraphie au MIBG
Critères d'exclusion
– Présence d'une maladie cérébro-vasculaire évidente par les signes neurologiques ou présence sur l'imagerie cérébrale – Présence d'autres désordres physiques ou cérébraux suffisants pour expliquer la clinique – Apparition des traits parkinsoniens seulement à un stade sévère

L'évaluation de l'efficience cognitive globale peut se faire à partir du MMSE (*Mini Mental State Evaluation*) et de l'échelle de Mattis mais aussi des troubles de la vigilance et de l'attention.

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

Le fonctionnement exécutif du patient peut être évalué à l'aide d'épreuves comme la « Batterie rapide d'évaluation frontale » (Dubois, Slachevsky, Litvan et Pillon, 2000) ou le *Wisconsin Card Sorting Test* (Heaton, Chelune, Talley, Kay et Curtiss, 1993). Le syndrome dysexécutif est plus sévère dans la DCL que dans la maladie d'Alzheimer pour un MMSE identique.

L'évaluation des troubles visuoperceptifs à l'aide du test de la figure de Rey ou du test de l'horloge met en avant des difficultés plus précoces et plus importantes que dans la maladie d'Alzheimer ou dans la démence fronto-temporale.

L'évaluation des troubles du comportement doit faire rechercher la présence d'hallucinations visuelles. Ces épisodes d'hallucination ne sont en général pas critiqués par les malades. Ils peuvent aussi ne pas entraîner de réaction émotionnelle importante. Cette évaluation peut se faire à l'aide de l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) avec un membre de l'entourage.

Le diagnostic différentiel doit se faire surtout avec la maladie d'Alzheimer et la démence parkinsonienne. Il faut alors réussir à dater précisément la survenue des troubles cognitifs et du syndrome parkinsonien. Les troubles cognitifs doivent apparaître un an avant ou après le syndrome parkinsonien (si le syndrome parkinsonien était présent depuis plusieurs années, il s'agit d'une démence parkinsonienne).

Mais la présence des troubles du comportement notamment des hallucinations peut évoquer aussi d'autres pathologies psychiatriques telles que le syndrome de Charles Bonnet ou la dépression délirante.

3.3.3 Prise en charge de la DCL

➘ *Prise en charge médicamenteuse*

Elle consiste en un traitement anticholinestérasique. Les premières évaluations de l'efficacité de ces traitements pour les patients atteints de DCL montreraient des meilleurs résultats aussi bien au niveau cognitif que comportemental (diminution des hallucinations, de l'apathie, de l'agitation, de l'anxiété et des idées délirantes, mais pas de la dépression).

Les neuroleptiques sont souvent prescrits en raison de l'importance des troubles du comportement. Mais ils sont déconseillés car ils entraînent une aggravation du syndrome parkinsonien, des chutes, une confusion et une majoration des troubles cognitifs (voire parfois un syndrome malin aux neuroleptiques).

➘ *Prise en charge non médicamenteuse*

Elle est identique aux autres démences. La spécificité de cette pathologie réside dans la prise en charge du kinésithérapeute pour les troubles de la marche et l'aménagement du domicile pour éviter les chutes et l'accompagnement psychologique.

3.4 Nouvelle approche : assumer la complexité d'une approche globale et intégrative

De très récents travaux militent pour la remise en question de critères neuropathologiques, neuropsychologiques spécifiques au MCI, à la MA. La validité du concept de MCI, de MA et plus globalement la crédibilité des différentes taxonomies sont actuellement scientifiquement de plus en plus controversées.

Pourquoi alors les avoir présentées ? Parce qu'elles demeurent pleinement et très largement utilisées, notamment par le milieu médical, et qu'il semblerait totalement improbable de ne pas les connaître pour celui qui les ignore. Mais surtout, et essentiellement, parce qu'elles donnent l'occasion de porter un regard critique sur ce type de connaissances et qu'elles nous permettent d'introduire une autre lecture universitaire plus complexe, moins réductrice, plus humaniste que celles proposées. Van der Linden et Juillerat promeuvent cette approche, impulsée par Whitehouse et Georges dans leur ouvrage *Le Mythe de la maladie d'Alzheimer*.

La conception, que nous partageons avec ces auteurs, ne va pas sans créer un certain nombre de remous tant elle dérange ; elle effare tant elle « révolutionne ». Et pourtant, ces auteurs sont loin d'être des inconnus de la scène scientifique internationale, ils jouissent depuis longtemps d'une reconnaissance plus qu'enviable. Leurs réflexions se fondent sur une littérature internationale actualisée, qui interpelle de plus en plus nos connaissances passées.

Notamment, l'important défaut de sensibilité et de spécificité des classifications du vieillissement cognitif, ce qui pose d'emblée leurs limites. Faire reposer sur des critères à la validité actuellement dénoncée le diagnostic des personnes âgées susceptibles de développer ultérieurement une démence (MCI) ou souffrant de troubles cognitifs majeurs (MA) ne va pas sans poser problème. C'est obérer l'importante hétérogénéité, bien connue actuellement, des profils cognitifs de base des personnes âgées et de leurs évolutions. L'étude de Mungas *et al.* (2010) est à ce titre exemplaire. Certains sujets âgés identifiés comme normaux

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

évoluent péjorativement, certains diagnostiqués MCI s'améliorent, en bref, le diagnostic initial s'avère avoir une valeur pronostique plus que médiocre. Le vieillissement cognitif et son évolution sont assurément plus complexes qu'ils n'y paraissent, seule cette complexité pouvant expliquer l'hétérogénéité et défier les prédictions. En effet, ces dernières nécessiteraient l'emploi de modèles beaucoup plus complexes et aboutis, incluant, outre les performances cognitives, différents facteurs de santé, de style de vie non cognitifs, qui pourtant agissent sur la cognition. Ainsi, il s'agirait d'inclure selon une approche dimensionnelle les différents traits distinctifs et propres aux personnes âgées pour mieux comprendre leurs difficultés. À titre d'illustration, une récente étude de Weston *et al.* (2010) rapporte que près d'un quart de patients diagnostiqués MCI sur près de 700 prenaient en fait des médicaments bien connus pour avoir un effet délétère sur la cognition. Cette donnée interroge quant à la pertinence d'appliquer des critères arbitraires sans prendre en compte le contexte, l'environnement, la singularité du sujet, questionnant une nouvelle fois leur pertinence d'utilisation.

Différents travaux récents, explorant les modifications neuropathologiques chez des sujets âgés sains, ont mis en évidence chez certains la présence de lésions typiques de maladies d'Alzheimer (Sonnen *et al.*, 2011). Fischer *et al.* (2011) rapportent quant à eux trois cas de patient diagnostiqués MA selon les critères actuellement en vigueur (Dubois *et al.* 2007) dont l'évolution positive fut telle qu'ils ne rentraient plus dans les critères diagnostiques de MA. Ces différents résultats confortent l'hétérogénéité mais, au-delà, ils militent pour une inscription du vieillissement cognitif dans un *continuum* afin de pouvoir appréhender la dynamique des facteurs impliqués dans son évolution. Avec un peu plus de hauteur, on constate combien il est surprenant de vouloir faire rentrer dans des catégories discrètes un phénomène qui s'inscrit dans un *continuum*.

Enfin, plus récemment, Knopman (2013) n'a pas retrouvé de différences physiopathologiques appréhendées par différents biomarqueurs entre un groupe de sujets âgés sains et un groupe de patients diagnostiqués MA en phase préclinique. Ces résultats contredisent les modèles neurobiologiques (physiopathologiques) établis (Chételat, 2013), et prouvent qu'il est grand temps de repenser le stade préclinique de la MA à travers une vision plus complexe : c'est-à-dire plurifactorielle, composée de différents processus pathologiques plus ou moins indépendants, mais qui interagissent entre eux sous l'influence de facteurs de risque à la fois communs et spécifiques.

Tout ceci est lourd de conséquences. Pour illustration, Joosten-Weyn Banningh *et al.* (2008) ont analysé le discours de personnes âgées diagnostiquées MCI. L'impact délétère du diagnostic porté était majeur, avec une élévation des niveaux d'anxiété, une perte de confiance en soi, l'abandon des activités de loisir pour les sujets eux-mêmes ; des sentiments importants de colère et d'irritation dirigés envers les autres. Les conséquences de ce diagnostic ne sont donc pas neutres, de surcroît il constitue un cadre nosographique qui contribue pleinement à « pathologiser » des difficultés « naturelles » liées à l'avancée en âge modulées par de nombreux facteurs.

Ces différentes recherches ont toutes en commun de démontrer l'infinie complexité du vieillissement cérébral et cognitif, non prise en compte dans les paradigmes actuels. Le poids du passé est si lourd, la résistance au changement si importante que cette volonté s'avère encore difficile à mettre en acte. Ce sont en effet nos enseignements, notre conception du diagnostic, de l'acte préventif, de l'image négative de la vieillesse que nous entretenons et que nous renvoyons qu'il nous faut bousculer. Ce nouveau paradigme s'affirme chaque jour davantage à l'échelle internationale.

Il semble fortement qu'à l'avenir, mieux prendre en compte cette complexité obérée devienne une nécessité, afin de : mieux comprendre l'influence des facteurs psychologiques, environnementaux, biologiques, médicaux, culturels, relationnels, engrangés tout au long de la vie. Ces facteurs modulent l'apparition, l'expression et l'évolution du vieillissement normal et problématique. Mais aussi pour cesser de les opposer comme deux entités uniques, indépendantes, et de créer des catégories intermédiaires arbitraires ; accepter de ne pas succomber au confort de nos habitudes, passer de l'approche catégorielle à l'approche dimensionnelle, etc., vaste programme dont les conséquences en termes de pathologisation, de stigmatisation, de prise en charge de nos aînés ne pourront que gagner en positif.

Cette évolution du statut de nos aînés offre au psychologue une place fondamentale et essentielle au travail de reconnaissance de leur identité. Sa connaissance du fonctionnement psychique, sa formation unique aux méthodes de l'évaluation du psychisme lui donnent les moyens objectifs de replacer la personne âgée dans l'intelligible, de façon juste et fondée.

Cette évolution offre au psychologue une place de tout premier choix puisque nos cadres théoriques, notre connaissance du cognitif, du psychoaffectif, de l'émotionnel, du motivationnel, de l'interrelationnel, du dimensionnel, nous donnent pleinement la place pour participer à ce

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

tournant épistémologique. Notre fonction de psychologues nous encourage à mieux participer à la reconnaissance de la personne âgée dans sa singularité et son identité. Enfin laissons la dernière parole aux auteurs de ce nouveau courant : « Chaque fois qu'un diagnostic de maladie d'Alzheimer est posé, nous devons nous souvenir qu'il peut être autant destructeur sur le plan social qu'il est douteux sur le plan scientifique » (M. Van der Linden et A. C. Juillerat-Van der Linden). Nous renvoyons les lecteurs aux excellentes chroniques dont il est fait état ici, disponibles sur le site http://mythe-alzheimer.over-blog.com/ « Le mythe Alzheimer ».

Chapitre 4

TRANSITIONS SOCIALES ET PSYCHOLOGIQUES AU COURS DU VIEILLISSEMENT

Sommaire

1. Vieillissement et société : quelle place pour la personne âgée ? 120
2. La dimension sociale du vieillissement 123
3. Stigmatisation, âgisme et préjugés 129
4. La maltraitance 134

Vieillir, c'est aussi faire le deuil de la jeunesse alors même que celle-ci est survalorisée, stigmatisant d'autant les signes physiques du temps qui passe. Il ne fait pas bon vieillir dans notre société, si nous en jugeons par la place qu'occupe le lobbying anti-âge. Faire face au déclin du corps est une gageure dans une société moderne qui promeut le culte du corps et de la jeunesse. D'ailleurs, on parle de jeunes vieux ! Comme s'il y avait des « vieux » vieux ! (Billé, 2009). Il n'y a qu'à s'interroger sur le culte du « bien vieillir », construction sociale qui pousse à effacer toute connotation du vieillir en lui adjoignant toute sorte d'injonctions dont l'objectif mériterait d'être questionné plus avant. Pour reprendre la thèse développée par Billé (2009), qui souhaiterait mal vieillir ?

L'avènement du marketing et de la consommation à outrance pousse sans cesse à « débusquer » de nouveau consommateurs, de nouvelles cibles. Le troisième âge a ainsi été l'objet de toutes les attentions puisque représentant un potentiel marketing non négligeable au travers du culte de la beauté, de la jeunesse, des loisirs, bref du culte du bien vieillir. Ce nouveau leitmotiv ou cette nouvelle prescription sociétale qu'est celui ou celle de rester « jeune » modifie profondément les comportements, que ce soit en termes de santé, d'habitudes de vie et de consommation, à tel point que les seniors sont devenus une cible marketing à part entière : voyages spécifiques, « produits seniors » en tout genre, etc. Vieillir est presque un tabou dans nos sociétés ou du moins connoté d'une bien curieuse façon puisqu'il faudrait à tout prix lutter contre les signes du temps qui passe (gommez ces rides que je ne saurais voir !). À côté de ces signes extérieurs de vieillesse contre lesquels on nous enjoint de lutter, d'autres, plus insidieux et profonds, ne manquent pas de rappeler sans cesse l'avancée inexorable du temps.

Par ailleurs, les conséquences liées aux marques du temps ne sont pas uniquement intrapersonnelles. Par exemple, être physiquement attrayant est associé à un certain nombre de représentations et d'attributions : les personnes encore séduisantes physiquement sont jugées comme ayant des caractéristiques de personnalité positives, ou encore bénéficient de traitements différenciés dans les relations sociales (Johnson et Pittenger, 1984).

1. Vieillissement et société : quelle place pour la personne âgée ?

La retraite : une nécessaire transition

Le travail a une importance fondamentale pour bon nombre d'individus dans la mesure où il confère un statut, une place sociale, occupe la majeure partie de la vie et, *in fine*, contribue à l'identité personnelle de chacun. La fin de l'activité professionnelle est une étape importante dans la vie, aussi la retraite est-elle un marqueur social du vieillissement. La réussite de cette transition passe par un certain nombre de facteurs tant sociaux que psychologiques qui vont contribuer à la continuité du sens à donner à sa vie alors que celui-ci aura été principalement guidé par l'activité professionnelle. En règle générale, le passage à la retraite est une phase de réorganisation du soi susceptible de fragiliser la personne âgée en provoquant un ébranlement identitaire.

Différentes formes d'investissement de la retraite ont pu être identifiées (Guillemard, 1972), formes d'investissement liées à l'activité professionnelle antérieure, aux ressources disponibles, aux potentialités, à l'état de santé, etc. Ces pratiques vont de la retraite loisir à la retraite « mort sociale », cette dernière forme ayant été la plus fréquente dans les années soixante-dix. Trente ans après, elle a nettement reculé mais sa fréquence touche toujours les classes populaires. La fin de l'activité professionnelle sonne « le glas de toute existence sociale », en ce sens où les activités prédominantes s'inscrivent dans la vie quotidienne et présentent un caractère automatique et de première nécessité (se laver, dormir, manger, etc.). L'évolution des ressources a contribué au recul de cette forme de retraite et entraîné de grandes modifications dans la manière de l'investir, d'être acteur de celle-ci. La retraite loisir est dorénavant la plus répandue dans notre société, avec l'avènement du troisième âge. Ainsi, une typologie des retraites en cinq classes, organisée autour des deux dimensions que sont la convivialité et les loisirs, a pu être définie (Delbès et Gaymu, 2003) :

– *La retraite loisir* caractérise les personnes qui sont très investies dans diverses activités. Ce sont généralement celles qui ont des revenus élevés et qui sont en bonne santé.
– *La retraite conviviale*, où c'est la dimension interpersonnelle qui prédomine. Les relations familiales ou amicales sont prépondérantes, sans néanmoins délaisser les activités de loisir. Les classes populaires avec des revenus moyens sont sur-représentées dans cette catégorie.

– *La retraite intimiste* caractérise quant à elle les personnes qui investissent principalement leur intérieur, leur domicile. Il s'agit principalement de femmes à faibles revenus.
– *La retraite retranchée* caractérise les personnes qui sont en retrait de la sphère des loisirs, qui investissent moins que les autres les relations interpersonnelles. Elles semblent plus repliées sur elles-mêmes, plus introverties, sans que cela péjore leur satisfaction quant à la retraite puisqu'il apparaît que ce sont les personnes les plus satisfaites de celle-ci.
– *La retraite abandon*, qui correspond à la retraite « mort sociale » décrite par Guillemard (1972).

Cette dernière catégorie est évidemment celle qui est associée à des troubles de l'adaptation et qui pose problème sur le plan psychopathologique. Il n'est pas rare de voir de jeunes retraités décompenser sur le terrain des troubles de l'humeur ou des addictions, faute de réussir à accepter cette nouvelle étape ou plutôt la fin de leur utilité sociale. C'est d'ailleurs la raison qui a poussé bon nombre d'associations ou d'organismes de formation à proposer des stages de préparation à la retraite, soulignant ici la nécessité d'accompagner parfois une transition difficile.

La gestion de cette transition, fortement chargée sur le plan symbolique, nécessite alors bien des aménagements qui vont déterminer les relations et les comportements qu'entretient la personne avec sa nouvelle condition de vie. Le départ à la retraite impose un travail de deuil nécessaire en regard de l'utilité sociale, d'un rôle qui soutient en partie l'identité du sujet.

À ce sujet, Blanché (2007) rapporte quatre types de transitions pour faire face à la mise à la retraite :

1) *L'absence de changement entre la période active et la retraite*. L'individu ne modifie pas sa façon de vivre, comme s'il n'y avait pas de rupture, ni d'avant ni d'après, aucune modification qui puisse rendre compte du vieillissement à travers la mise à la retraite. Cette absence de changement est une manière d'assurer la continuité et possiblement d'éviter la crise.
2) *L'utilisation défensive de la suractivité* : celle-ci traduit souvent une fuite en avant, une tentative de déni de cet autre temps qu'implique la fin de l'activité professionnelle. Par-delà celle-ci, c'est le passage obligé par la prise de conscience de l'atteinte d'une période où il reste moins à vivre que ce qui a déjà été vécu. Cette suractivité compensatoire est problématique car pouvant conduire à des décompensations physiques et psychiques (dépression, épuisement). Cela étant, il

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

semblerait que la suractivité puisse s'apparenter également à la prise de conscience du temps qu'il reste, à la volonté de ne pas le gâcher et de faire tout ce qui n'a pu être fait avant la retraite. Pour bien des adeptes de la suractivité, il s'agit surtout de rattraper le temps perdu ou de ne pas éprouver de regret au moment du bilan que ne manquent pas de dresser les personnes qui arrivent au terme de leur existence. La surconsommation de voyages est aussi une façon de défier le temps, de le dénier, de courir après ce temps qui échappe, etc.

3) *L'établissement d'une rupture entre l'avant retraite et l'après* : l'individu réussit à se projeter en investissant d'autres activités et en modifiant son rapport au temps. Le désinvestissement des objets antérieurs est réussi au profit d'un réinvestissement d'autres objets adaptés à la nouvelle configuration qu'engendre l'arrêt de l'activité professionnelle. C'est le cas des personnes qui profitent de leur retraite pour voyager, s'occuper des autres, des petits-enfants, et ce, de manière adaptée et non compensatoire (voir point précédent).
4) *L'impossible deuil* : celui qui entrave toute possibilité de réinvestissement signant l'impossibilité de remaniement psychique. Ce travail de deuil qui échoue est celui observable chez les sujets qui, une fois à la retraite, développent des idées de dévalorisation forte, des idées de perte d'utilité sociale (« je ne suis plus bon à rien »). La dépression est le signe de cet impossible dépassement. L'impossible passage entre le statut d'actif et d'inactif est souvent le fait d'un investissement fort du travail où identité personnelle et professionnelle se confondaient.

Peut-on parler pour autant de rupture à l'issue de la mise à la retraite ? Nous ne le pensons pas dans la mesure où les aspects douloureux liés à toute forme de rupture ne sont pas présents chez toutes les personnes mises à la retraite. Ce qui fait rupture résulte de la conjonction complexe de différents facteurs tant objectifs que subjectifs (personnalité, histoire personnelle, etc.).

Leclerc *et al.* (2003) proposent une théorie fondée sur le sens de la vie pour expliquer la réussite ou l'échec de l'ajustement à cette drôle de transition que représente la retraite. Selon ces auteurs, les théories proposées pour expliquer une retraite réussie ou non sont incomplètes car principalement sociologiques et ne tiennent pas compte du sens personnel attribué aux mêmes comportements. Les aspects psychologiques d'un vieillissement réussi sont occultés et ne permettent alors pas de saisir les liens qui unissent les facteurs évocateurs d'une adaptation réussie et les stratégies mises en œuvre par les personnes pour y parvenir. Dans la perspective de la théorie du sens existentiel, l'importance accordée au travail en tant que source de sens à la vie est déterminante dans l'ajustement à

la nouvelle situation qu'est la retraite. Si celui-ci était la source principale de sens, alors la transition entre les deux périodes (activité et retraite) est plus longue, plus difficile, la continuité des sources de sens est rompue, et les effets défavorables plus fréquents (insatisfaction, dévalorisation, etc.). Dans ce contexte, le travail représente la force motivationnelle qui donne cohérence à la vie du sujet. Son absence vient alors déposséder l'individu de ce qui faisait sens, le valorisait et donnait une cohérence à sa vie. La diversité des sources de sens (croissance personnelle, créativité, relations interpersonnelles, plaisir, etc.) est un facteur d'équilibre essentiel qui permet de maintenir une certaine continuité lorsque l'une d'elles vient faire défaut. Cette diversité permet un rééquilibrage de l'importance des unes et des autres, rééquilibrage qui peut nécessiter un temps de transition ou d'adaptation plus ou moins long.

Pour revenir à la notion de rupture, nous pensons que c'est l'incapacité à maintenir ou à rétablir la continuité entre l'avant et l'après retraite qui permet de parler de rupture.

Vignette clinique

« Ça m'a pris un an avant d'oublier l'hôpital… je pensais à l'hôpital. Par exemple, en mai, j'y suis allée trois fois, et mes collègues m'ont appelée à deux reprises. À chaque fois, ça me faisait drôle. J'étais contente de retrouver mes collègues, puis petit à petit ça s'est atténué, mes appels et mes visites à l'hôpital pour les voir se sont espacés. C'est quand j'ai été invitée au départ à la retraite d'une ancienne collègue que j'ai réalisé que c'était fini. Je n'avais plus rien, plus d'attache, plus d'utilité, ça a été dur… j'ai tourné la page à ce moment-là » (transition douloureuse).

« Ben la retraite, ça a été super ! J'ai eu enfin du temps pour m'occuper de ma famille, de mes petits-enfants. J'adore la pêche et depuis que j'ai arrêté le boulot, je peux aller à la truite avec mes amis. Je ris, je m'occupe de ma femme, nous discutons beaucoup ensemble… bien plus que lorsque nous travaillions » (multiples sources de sens).

2. La dimension sociale du vieillissement

Pour nos aînés se pose la double question de la place que la société réserve à leur groupe d'appartenance et celle également de la continuité ou de la transformation de leur identité sociale. Ce sont ces différentes dimensions qui seront abordées ici.

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

2.1 Les représentations sociales de la vieillesse

Au temps où les personnes âgées étaient encore en faible nombre, elles étaient honorées et intégrées, elles étaient objets d'attention. Depuis peu, les modifications des caractéristiques démographiques des pays industrialisés ont contribué à modifier notre regard sur elles. Sous l'effet de l'accroissement important de leur nombre, de l'allongement de leur longévité, de leur prévalence à devenir dépendantes, ces mêmes personnes sont devenues objets de préoccupation. Les représentations sociales du vieillissement individuel se sont donc radicalement modifiées.

« Le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale » (Jodelet, 1984).

Même si représentations sociales et individuelles sont à distinguer, il est difficile de penser l'absence d'influence mutuelle. En ce qui concerne la vieillesse, nous pensons que l'abord des représentations sociales ou sociétales est essentiel tant elles déterminent à la fois l'attitude d'autrui ou d'une société vis-à-vis des aînés, mais également les perceptions propres que l'individu a de lui-même en tant que personne âgée. Quand nous entendons une personne de 70 ans dire qu'elle n'est plus bonne à rien, la question que nous nous posons est évidemment de savoir ce qui relève des représentations sociales actuelles et ce qui appartient au sujet en lui-même. Ou, formulé autrement, par quel processus une représentation sociale vient-elle confirmer ou influencer une représentation personnelle et, par là même, exercer une influence sur le vécu de la vieillesse ? Les images et représentations de la vieillesse sont influencées par les mythes ou croyances et ont un impact sur les représentations personnelles que développent les personnes âgées à l'égard du vieillissement. Ces représentations sont aussi à l'origine des relations difficiles entre les générations : « ce ne sont pas les années qui séparent les générations mais nos représentations mutuelles » (Balahoczky, 2003).

Bien trop souvent, la vieillesse fait émerger des représentations négatives, associant à l'avancée dans l'âge les notions de perte, de déclin, alors que vieillir, c'est aussi « grandir ». Il semblerait néanmoins que les résultats de recherches portant sur ces représentations négatives de la vieillesse produisent des artefacts liés à la question posée, question qui produit préférentiellement des représentations négatives. Des travaux récents montrent en effet que les représentations associées à la vieillesse ne

renvoient pas exclusivement à des contenus péjoratifs mais également à des représentations plus positives et contrastées. C'est ainsi que Hummel identifie trois types de représentations : les représentations associées à la vieillesse ingrate, celles associées à une vieillesse épanouie, et enfin des représentations plus spécifiques tournant autour de la « grand-parentalité ». Ces représentations diffèrent également selon l'âge des personnes interrogées : si les représentations entre sujets de 80 ans et sujets jeunes s'accordent sur un certain nombre de points et notamment sur ce qui se perd (principalement du côté physique), force est de constater que les jeunes accordent de l'importance aux ressources acquises ou conservées ; ressources qui renvoient principalement à la question de l'esprit, et notamment à la sagesse, à la sérénité ou à l'équilibre. (Hummel, 2001).

Lorsque nous nous centrons sur les représentations négatives, il est important de s'interroger sur la congruence de ces représentations avec celles des personnes âgées. Curieusement (et heureusement dirons-nous), les personnes âgées ne se reconnaissent pas dans ces représentations : le vieux, c'est en effet toujours l'autre ! Toujours celui qui est le plus atteint, le plus handicapé et jamais soi, ce qui amène Hummel à parler de représentations sans sujet et de souligner la question de l'altérité. Si mes représentations de la vieillesse sont péjoratives, si ces représentations me sont étrangères au sens où le vieux est toujours l'autre, alors peut-on y voir l'effet d'une stratégie défensive visant à expulser à l'extérieur une représentation narcissiquement douloureuse ?

2.2 Identité individuelle et sociale de la personne âgée

D'un point de vue étymologique, le concept d'identité est à la fois inclusif et exclusif puisqu'il intègre à la fois ce qui est identique et semblable et qu'il exclut en même temps ce qui est différent. La différence est centrale puisqu'elle désigne la singularité du sujet comme étant sa propre unité, « c'est cette différence qui est tout » (Caradec, 2004). Ainsi, la permanence ou la transformation de soi, l'adaptation au vieillir s'inscrivent inéluctablement dans un système social et interrelationnel dans lequel la notion de distance devient intimement liée à la notion d'identité du sujet. L'identité individuelle se définit donc à partir de la singularité qui rend chacun unique, alors que l'identité sociale renvoie à ce que partagent en commun des individus d'un même groupe social. Cette apparente contradiction sous-tend les théories psychosociales de l'identité (pour une revue, voir Moliner, Ivan et Vidal, 2008).

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

2.2.1 Identité individuelle de la personne âgée

Les premières études de gérontologie sociale se sont tout d'abord intéressées aux difficultés individuelles à s'ajuster au grand âge.

L'identité individuelle se définit par le concept de soi et renvoie à la représentation de soi. Elle passe en premier lieu par le corps (Danko, Arnaud et Gély-Nargeot, 2009). Le corps vieilli se parle en termes de pertes fonctionnelles, de déficits corporels, de déficiences charnelles. Le corps comme enveloppe extérieure, et donc d'apparence de soi, est le plus souvent absent du discours des sujets vieillissants. Il est évoqué indirectement par la douleur, la fatigue, la lenteur perçue et, plus rarement, directement *via* les stigmates de la vieillesse : la fonte musculaire avec « c'est moche, j'ai les muscles qui pendent, mon corps est devenu vieux », les taches sur les mains « j'ai des mains toutes tachées, des mains de vieille ». Tout se passe comme si l'apparence du corps ne correspondait plus avec la représentation de soi, comme si l'âge du corps n'était plus en conformité avec l'âge du soi.

Les individus âgés, en privilégiant les perceptions positives qu'ils ont d'eux-mêmes, peuvent ainsi esquiver les perceptions négatives qui les dérangent. Cela leur permet de maintenir une croyance en eux plus positive, d'améliorer leur valeur de soi, en un mot l'estime d'eux-mêmes.

Le biais de positivité influe également sur la valeur et l'importance des réseaux sociaux des personnes âgées. Ces dernières ont ainsi tendance à restreindre leur réseau social aux seules personnes qui conservent un intérêt majeur à leurs yeux : les meilleurs amis. Là encore, le sentiment de finitude, qui engendre la nécessité de vivre au présent s'accompagne d'une recherche de bénéfices directs : rester entourer des amis les plus proches.

La théorie du biais de positivité ouvre des perspectives intéressantes en termes d'adaptabilité au vieillissement et aurait pour effet de favoriser une meilleure représentation de soi, une meilleure estime de soi. Elle ouvre également sur des possibilités de prise en charge novatrices en favorisant l'emploi d'activités gratifiantes fondées sur les émotions positives.

➘ *Entre identité individuelle et identité sociale : l'estime de soi*

Si l'estime de soi est la valeur que nous nous accordons, elle est fortement liée à notre identité sociale, à savoir nos appartenances et interactions sociales. Plus précisément, les processus d'intégration sociale et de comparaison sociale à l'œuvre dans les interactions sont les deux facettes d'un même système (Heidrich et Ryff, 1993) fonctionnant comme un médiateur entre la réalité sociale et la qualité de l'adaptation du soi (Alaphilippe, 2008).

2.2.2 Identité sociale de la personne âgée

L'identité sociale résulte de l'interdépendance existante entre l'identité individuelle et l'environnement dans lequel le sujet âgé évolue. Afin de pouvoir construire son identité personnelle et sociale, il est nécessaire d'appartenir à un groupe de référence. Toutefois ce groupe est régi par des règles, des normes dont il convient de ne pas s'écarter sous peine d'en être exclu. L'identité sociale est donc modulée par l'influence normative du groupe social d'appartenance.

Ce groupe autorise les processus de comparaison à l'alter (autrui), afin de maintenir une image positive de soi-même. Ainsi, tout individu recherche, au travers de son groupe d'appartenance, une identité sociale lui renvoyant une image satisfaisante de lui-même. Image positive bien difficile parfois à trouver, tant elle est entachée par de multiples stéréotypes. Dans ce cas-là, les personnes âgées ont tendance à mettre en place d'autres stratégies identitaires. Au niveau individuel, la stratégie peut consister à souhaiter quitter le groupe d'appartenance des âgés, afin de ne pas devoir en partager les aspects dévalorisants. Cette manœuvre est cependant peu opératoire. L'adage « le vieux, c'est toujours l'autre » illustre le fait qu'avec l'âge avançant et la confrontation aux stéréotypes liés au vieillissement, se sentir plus jeune pourrait s'apparenter à un mécanisme de distanciation d'avec son groupe de pairs (Weiss et Lang, 2012) ; et ce au travers d'un processus de comparaison sociale de ses propres comportements avec ceux de ce même groupe (Weiss et Lang, 2012).

Néanmoins, les appartenances groupales ne se constituent pas uniquement sur des critères objectifs. Elles se rassemblent autour de valeurs, normes culturelles, intérêts, objectifs communs, attirances. Ceci peut constituer une nouvelle ressource pour le sujet âgé. En effet, il peut s'orienter vers un ou des groupes références, auquel il se référera au regard

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

de ses attitudes. Autour de cet objet social, le groupe de référence présente deux intérêts à l'étape de la vieillesse. Le premier repose sur l'idée que l'individu peut choisir de s'intégrer parmi les groupes de référence qu'il valorise dans la continuité de ses valeurs et de ses projets. Le second est que ce groupe peut agir comme cadre de référence dans ses activités de la vie journalière, ses projets, ses choix, le maintien ou le rétablissement de sa santé physique, mentale et sociale. Dès lors, le groupe de référence affiche une fonction normative, comparative, et sa fonction d'évaluation et d'autoévaluation. Cela devient un principe de motivation pour le sujet.

Au niveau collectif, la stratégie de changement du groupe hétérogène des personnes âgées présente deux alternatives l'une cognitive, l'autre sociale. Stratégie cognitive par la mise en place de ressources qui s'expriment sur une dimension de créativité sociale en ce sens qu'elles peuvent impacter le tissu social dans son ensemble. Ainsi, lorsqu'un groupe est défavorisé sur le plan de la comparaison par rapport à un autre groupe, ses membres favorisent une autre dimension moins péjorative. Chez les personnes âgées, le temps disponible, l'expérience de la parenté sont autant d'atouts permettant de conjuguer des actions originales dans le domaine de la solidarité au niveau intergénérationnel. Certaines associations ont ainsi été créées dans l'objectif d'un rapprochement intergénérationnel et proposent aux aînés de tenir les rôles de grands-parents auprès d'enfants qui en sont dépourvus. Ces associations se distinguent sur le plan affectif, culturel, pédagogique ou expérientiel dans un domaine de compétence particulier et misent sur des ressources originales sources de comparaison positive. Stratégie sociale en ce qu'elle peut recéler de militantisme et de mobilisation sociale autour de la défense des intérêts du groupe des personnes retraitées. Sur cette dimension, le Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA) est emblématique de ce mouvement. Instauré par l'État, ce comité s'impose en médiateur entre retraités, personnes âgées et politiques de la vieillesse, ce qui suppose la concertation, la discussion puis la représentation des avis, des besoins et des revendications de ce groupe social capable de se mobiliser. Là précisément, le changement social peut avoir lieu, parce que siègent à la tête de ce comité des individus âgés qui, par leur action, contribuent à l'identité sociale positive de l'ensemble d'un groupe.

3. Stigmatisation, âgisme et préjugés

3.1 Stigmatisation

Actuellement le cycle singulier de l'existence qu'est la vieillesse s'inscrit dans les images péjoratives de la déliquescence : la vieillesse est devenue synonyme de perte et de déclin. Il est alors courant, sous le fait de stéréotypes, d'associer au vieillissement toutes sortes d'assertions négatives qui parfois n'auront pour seule réalité objective que leurs caractéristiques éminemment réductrices. Ainsi, la vieillesse s'envisage, davantage qu'elle ne le fut, comme une période d'infirmités multiples et inévitables, de rejets, de dépendances humiliantes pour le sujet et inopportunes pour autrui. Simone de Beauvoir (1970) exprime remarquablement cet ostracisme que nous réservons à nos âgés : « L'image sublime qu'on leur propose d'eux-mêmes, c'est celle du sage auréolé de cheveux blancs, riche d'expérience et vénérable, qui domine de très haut la condition humaine. S'ils s'en écartent, alors ils tombent en dessous : l'image qui s'oppose à la première c'est celle des vieux fous qui radotent et extravaguent et dont les enfants se moquent. De toute façon par leurs vertus ou par leurs objectifs, ils se situent hors de l'humanité. »

La stigmatisation est une notion large qui englobe tout ce qui relève des attitudes, des phénomènes de catégorisation, des représentations sociales mais aussi des discriminations, stéréotypes, et préjugés (Cavayas, Raffard et Gély-Nargeot, 2012). La stigmatisation peut être définie comme un processus d'évaluation en rapport avec une caractéristique de l'individu, considérée comme déviante ou qui lui porte discrédit, celui-ci n'étant alors plus représentatif des attentes sociales normatives (Goffman, 1963). La stigmatisation altère l'identité sociale des personnes qui en sont victimes, celles-ci étant perçues comme différentes des autres, et jugées incapables de satisfaire aux exigences des interactions sociales (Goffman, 1963). Par là même, le processus de stigmatisation crée des différences interindividuelles en fonction des normes et caractéristiques socialement acceptées et partagées (Coté, 2007).

La stigmatisation touche les personnes âgées, et quelques études ont mis en évidence les conséquences du stigmate associé à la maladie d'Alzheimer. Celui-ci affecte à la fois les relations interpersonnelles (la perception que porte un individu sur une maladie affecte considérablement sa relation avec la personne qui en est atteinte) mais aussi le vécu de la personne qui en est atteinte, celle-ci étant déshumanisée et désocialisée (Ngatcha-Ribert, 2004). Récemment, l'INPES (2010) a rappelé que la

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

maladie d'Alzheimer était la maladie jugée la plus grave après le cancer et le Sida et qu'elle était associée à des réactions de peur sous-tendues par la perspective d'en être atteint un jour. En effet, la médiatisation forte de la maladie, qui rappelle sans cesse l'augmentation de sa fréquence d'apparition dans les années futures, contribue au sentiment de vulnérabilité individuelle face à la maladie, sans compter les représentations négatives et réductrices qu'elle génère involontairement. Les professionnels de la santé ne semblent pas épargnés par ces représentations problématiques (Whitehouse et George, 2009).

3.2 Âgisme et préjugés

Les associations négatives ou péjoratives associées au vieillissement ont donné lieu à la création d'un terme à caractère discriminatoire, « l'âgisme » (Butler, 1969), qui désigne une forme de discrimination sociale qui trouve son origine dans des préjugés positifs mais plus souvent négatifs concernant les personnes âgées, préjugés faux qui aboutissent à la généralisation de stéréotypes en tout genre, etc. L'âgisme aboutit à une discrimination des personnes en fonction de leur âge, discriminations sous-tendues par les préjugés touchant à ce que deviennent les personnes âgées et non pas ce qu'elles sont. Plus largement, l'âgisme est un « mécanisme psychosocial engendré par la perception consciente ou non des qualités intrinsèques d'un individu (ou d'un groupe) en lien avec son âge. Le processus qui le sous-tend s'opère de manière implicite et/ou explicite, et s'exprime de manière individuelle ou collective par l'entremise de comportements discriminatoires, de stéréotypes et de préjugés pouvant être positifs mais plus généralement négatifs » (Boudjemadi et Gana, 2009).

Selon Masse et Meire (2012), l'âgisme comme attitude recouvre trois sortes de composantes :

1) une composante cognitive faisant référence aux aspects dichotomiques (favorables ou défavorables) des croyances et des stéréotypes liés à la vieillesse. Croyances, stéréotypes qui peuvent être soit positifs (expérience, sagesse, intelligence sociale, etc.) soit négatifs (déclin, déliquescence, maladie, dépendance, etc.) ;
2) une composante affective qui permettrait aux sujets jeunes de ne plus identifier les personnes âgées comme proche d'eux *via* l'emploi de préjugés explicites et implicites. En rendant les sujets âgés différents, les plus jeunes s'en distinguent et cela leur permet alors de s'éloigner de cette condition qui fait si peur. Cette composante est donc à la fois salvatrice et protectrice des angoisses du vieillir ;

3) une composante comportementale renvoyant aux comportements discriminatoires utilisés à l'encontre des personnes âgées (dénigrement, infantilisation, etc.).

Il est évident que les phénomènes d'âgisme sont monnaie courante et flagrants lorsque l'on considère l'emploi des seniors par exemple. 37,8 % des seniors sont en position d'emploi. Il s'agit du taux le plus faible en Europe. Comment penser à une place dans nos sociétés pour les adultes vieillissants quand ces discriminations sont habituelles ? Un observatoire de l'âgisme a été créé en 2008, collectif qui regroupe des chercheurs, associations ou personnalités soucieux de réfléchir aux moyens de lutte contre les discriminations liées à l'âge. La consultation du site Web de cet observatoire (www.agisme.fr) est instructive et permet de prendre conscience des multiples formes insidieuses que peut prendre ce « racisme » des temps modernes. S'il s'exprime de manière consciente, c'est-à-dire au travers de stéréotypes ou de propos rappelés automatiquement et donc sous contrôle volontaire, il apparaît que l'âgisme s'exprime également de manière inconsciente, non contrôlée et sans intention de nuire. Certains concepts liés au vieillissement vont activer automatiquement et par association d'autres concepts de manière inconsciente. Bien que les stéréotypes positifs liés à l'âge semblent partagés aussi largement que ceux à connotation négative (Hummert, Garstka, Shaner et Strahm, 1994), des revues de littérature montrent que les attitudes générales à l'égard des personnes âgées sont plus négatives que celles qui visent les personnes jeunes (Crockett et Hummert, 1987 ; Kite et Johnson, 1988).

Peut-être de manière plus proche de chacun de nous, qui n'a jamais été frappé par la manière avec laquelle nous nous adressons aux personnes âgées, particulièrement lorsque celles-ci sont vulnérables avec l'intention de bien faire ? Qui n'a jamais eu le sentiment d'un discours infantilisant et souvent à la troisième personne ou avec l'usage d'un pronom indéfini (« on va aller faire sa toilette maintenant », « elle a bien mangé aujourd'hui »), particulièrement dans les établissements de soins ? Le *elderspeak* désigne cette façon de s'adresser aux aînés et décrit ce type de comportement discriminatoire si fréquent dans les populations âgées (Simpson, 2002). Le concept d'*elderspeak* décrit la manière dont les personnes tendent à simplifier leurs phrases, répéter plusieurs fois ou reformuler à outrance, ralentir leur élocution en adoptant un ton infantile lorsqu'elles s'adressent aux seniors. Cette manière de se comporter avec les personnes âgées contribue au maintien de représentations négatives et particulièrement déficitaires de la personne vieillissante, comme si l'âge avançant, elles perdaient toute faculté de compréhension et comme si le vieillissement était inéluctablement et invariablement

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

destiné à une régression vers l'infantile. Il a été montré que ces comportements avaient des répercussions négatives pour la prise en charge des personnes hébergées en structure d'accueil à long terme. Selon Hermann et Williams (2009), la probabilité de manifester de la résistance à l'égard des soins (et des soignants !) augmente significativement lorsque les soignants recourent au langage infantile (*elderspeak*).

De facto, ces comportements n'incitent pas à envisager la vieillesse autrement que comme problématique (Simpson, 2002 ; Herman et Williams, 2009). D'ailleurs, il serait bon de se questionner sur ce qui fait craindre la vieillesse : les différentes pertes qui la jalonnent, la perspective d'une dégénérescence, la projection vers un avenir où nous serions dorénavant considérés comme des enfants, des incompétents, des déficitaires qui s'ignorent ?

Lutter contre ces phénomènes implique de bien comprendre leurs soubassements et les facteurs qui contribuent au développement de stéréotypes ou de préjugés qui alimentent l'âgisme. Ces facteurs sont d'origine psychosociale, cognitive mais aussi psychopathologique. Nous présenterons ci-dessous un certain nombre d'entre eux, sans prétendre à l'exhaustivité, et le lecteur intéressé pourra utilement consulter le site du Conseil supérieur des aînés du Québec pour aller plus loin (http://agisme.fr, Conseil des aînés du Québec, 2010) :

– Le développement de stéréotypes négatifs serait associé à un manque de connaissances quant au vieillissement.
– Un contexte socioculturel qui valorise, en particulier dans nos sociétés, la performance et la productivité économique. D'ailleurs, l'évolution des idées quant à la retraite a considérablement évolué dans la mesure où : s'associe dorénavant de manière implicite la reconnaissance d'une forme d'incompétence liée à l'âge. Ici, ça n'est plus le besoin de se reposer après une longue vie d'activité et donc une mise à la retraite qui vient reconnaître la longueur d'une carrière, mais bien plutôt la reconnaissance d'une incapacité liée à l'âge. Il n'y a qu'à voir le taux d'activité des salariés âgés ainsi que l'existence réelle d'une discrimination sur l'âge qui, quand elle n'est pas implicite, est parfaitement explicite dans certaines annonces de recrutement.
– Le vieillissement de la population tend à être considéré comme un fardeau social faisant peser sur les générations plus jeunes le coût des retraites, de la sécurité sociale, compte tenu de l'amélioration de l'espérance de vie.
– Le traitement cognitif qui consiste à catégoriser pour traiter une multitude d'informations produit des stéréotypes qui sont en retour

renforcés par la perception sociale. Si « personne âgée » renvoie à « cheveux gris », « posture voûtée », alors toute personne rencontrée présentant ces caractéristiques sera classée dans la catégorie « vieille » alors qu'elle ne l'est pas forcément. En retour, la pertinence du stéréotype est renforcée (Palmore, 1999).

– les mécanismes de protection de l'individu. Les préjugés ou stéréotypes négatifs associés à l'âge sont en partie associés au rejet de l'autre. Or le rejet peut s'apparenter à une stratégie défensive visant à mettre à distance une représentation négative que chacun peut fuir car suscitant un fort sentiment de menace. Dans le contexte du vieillissement cela peut renvoyer à la question de l'angoisse vis-à-vis de sa propre mort ou en regard du déclin possible lié à l'âge.

Ces différents stéréotypes, préjugés, discriminations posent les problèmes de masquer les capacités de désir mais aussi les capacités réelles des personnes âgées, leur potentiel, la valeur de leur jugement, etc. Voilà pourquoi il est si important de les reconnaître, d'en avoir conscience, car ils vont à l'encontre du respect de leur dignité. Ceci est d'autant plus vrai avec les patients souffrant de vieillissement problématique.

Afin de lutter comme la stigmatisation de certaines pathologies, des campagnes ont vu le jour dans différents pays. Ce fut le cas pour la schizophrénie (*e.g.* la campagne *Open the doors* mise en place par la World Psychiatric Association dans plusieurs pays à partir de 1996 afin d'éduquer la population sur cette maladie) mais les résultats ne furent pas ceux escomptés dans le sens où cette campagne a eu des effets limités (Rüsch, Angermeyer et Corrigan, 2005). Plus récemment, une initiative japonaise a été publiée proposant de modifier la terminologie de la maladie d'Alzheimer en la remplaçant par un terme proche de « syndrome cognitif ». Ce changement a été effectué de manière concomitante à une campagne publique visant à modifier le regard porté sur la maladie, ce qui s'est avéré plutôt positif (Merckelbach, Jelikic et Joncker, 2012). Cela étant, si ce type de changement pouvait être une voie à investiguer plus largement, il n'en demeure pas moins nécessaire d'être plus prudent quant au diagnostic de maladie d'Alzheimer eu égard aux considérations exposées ci-dessus. En effet, l'augmentation exponentielle de la maladie d'Alzheimer est associée à l'usage de critères diagnostiques de moins en moins spécifiques et de plus en plus larges (contrairement aux apparences). Ces critères, édifiés par des commissions de consensus internationaux, mettent de côté la complexité du vieillissement cognitif cérébral qui est largement multidéterminé, et les interdépendances entre différents facteurs, processus et contextes environnementaux. Par exemple,

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

les critères pathognomoniques (voir chapitre III) d'une démence peuvent être observés chez des personnes saines et se différencient non pas d'un point de vue qualitatif mais quantitatif d'avec les personnes démentes. Il apparaît nécessaire de s'éloigner d'une approche réductrice pour privilégier la nature dimensionnelle des difficultés cognitives liées à l'âge et à la maladie. Cette approche dimensionnelle est l'un des tournants majeur et très récent de la recherche actuelle (Van der Linden et Van der Linden, 2010, Miyamoto ; George et Whitehouse, 2012).

Les processus de stigmatisation ont des conséquences délétères sur les individus, leurs proches et, plus généralement, sur les relations sociales. Alors que la population vieillit et que les critères pour poser le diagnostic de maladie d'Alzheimer sont plus larges et de moins en moins spécifiques, le risque est un surdiagnostic qui finalement englobera toutes les modifications problématiques ou presque liées à l'avancée en âge. S'il apparaît nécessaire de changer le regard porté sur la maladie et la vieillesse (Gallez, 2005 ; Ménard, 2007), il importe aussi d'infléchir et de modifier ce que les médias véhiculent à propos de celles-ci d'une part, et probablement de réfléchir aux représentations liées à ces conférences de consensus qui ont abouti à une pathologisation à l'extrême, de l'avis d'un certain nombre de spécialistes, quant aux problématiques liées à l'âge et à la complexité du vieillissement cérébral (Whitehouse et George, 2009 ; Van der Linden et Van der Linden, 2010).

4. La maltraitance

Venez et parlez-moi
Des choses envolées
Des tombes qui se taisent
Des morts aimés et des vivants ingrats.

Manuel Guttiérrez Nájera, *Mes Tristesses en deuil.*

La violence est, la plupart du temps, dirigée vers les personnes les plus vulnérables ; les personnes âgées n'échappent pas à ce phénomène. La maltraitance « passive » peut se rencontrer en institution, elle peut se présenter de manière beaucoup plus active au sein de la famille. Ce type de maltraitance est quasiment inconnu, car c'est un sujet tabou. Cependant, le « syndrome » du Père Goriot, magistralement décrit par Balzac, est une réalité que l'on ne peut ignorer. Selon le *Council of*

Scientific Affairs, « Si vous êtes américain de plus de 65 ans, que vous avez eu la chance de ne pas avoir été un enfant battu, de ne pas avoir été une femme battue, alors il vous reste 10 chances sur 100 d'être un vieillard battu ». Selon le Conseil de l'Europe, « la violence se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ». Pour l'OMS, « On entend par maltraitance des personnes âgées un acte isolé ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, qui se produit dans toute relation de confiance et cause un préjudice ou une détresse chez la personne âgée ».

4.1 Abus et négligences

Les principaux types de mauvais traitements à personnes âgées concernent des **abus** (actions directes et volontaires) physiques et sexuels. Ce sont des coups, des contusions, l'utilisation de contentions ou tout autre moyen de contrainte physique. Leur prévalence est estimée à 14 % en institution et à 11 % au domicile. Ces abus concernent également la malnutrition, la déshydratation, la privation de médicaments ou son inverse, le surdosage médicamenteux (7 % en institution, 5 % à domicile). Les privations de confort sont également rapportées comme causes d'abus avec privation de chauffage, d'hygiène. Les abus sexuels ne sont pas rares, ils sont le plus souvent perpétrés par des sujets jeunes à l'encontre de personnes âgées et font partie du cadre nosographique des aberrations sexuelles (gérontophilie avec actes de pénétration vaginale dans 78 % des cas). Les abus peuvent également être d'origine psychologique avec menaces, insultes, harcèlement, menaces de placement, carences affectives, et conduites perverses. Ils sont rapportés dans 20 % des cas en institution et 14 % à domicile. Enfin les abus peuvent concerner les détournements de biens financiers, immobiliers, mobiliers, d'autant que le pouvoir d'achat d'un senior est globalement supérieur de 30 % à celui d'un moins de 50 ans et que les personnes âgées possèdent 66 % du patrimoine. Ils concernent 6 % d'abus en institution et 20 % des cas à domicile.

La négligence fait également partie des actes de mauvais traitement, toutefois elle est plus subtile à identifier. L'âgisme peut aussi être considéré comme une forme de maltraitance. Ces abus et négligences multiplient par 3 environ la mortalité des personnes âgées.

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

4.2 Les victimes, les auteurs de maltraitance

Qui en sont les principales victimes ? Ce sont essentiellement les personnes les plus vulnérables avec 77 % de femmes veuves, 75 % de personnes avec troubles du comportement et vieillissement problématique, 95 % de sujets dépendants physiques. Il est à noter qu'aucun déterminant social n'est retrouvé, toutes les catégories socioculturelles confondues sont concernées.

Qui en sont les auteurs ? Des membres de la famille (56 % des cas), des amis ou voisins (20 % des cas), des professionnels de santé (12 % des cas). Ce sont donc les personnes mises en situation d'aidants (familiaux ou professionnels), qui dépendent financièrement de la personne âgée maltraitée (66 %), qui habitent avec elles (50 % des cas), qui s'occupent de la victime âgée depuis plus de 10 ans et qui sont dans un état d'épuisement psychique.

4.3 Les causes de la maltraitance

Pour la famille, les causes incitant au comportement de maltraitance sont à titre d'exemples une grande détresse psychologique, l'épuisement, la fatigue, les comportements jugés irritants et répétés de la personne âgée, mais aussi la cohabitation, les problèmes financiers, personnels, l'âgisme, enfin l'inversion des rôles quant à la relation « parent-enfant ».

En institution, les causes repérées comme étant à l'origine des comportements de maltraitance sont de deux ordres : organisationnelles et psychologiques. Du point de vue organisationnel, ce sont les carences et les dysfonctionnements d'encadrement : l'absence de projet de soins, des règlements intérieurs rigides (heures du coucher, etc.), le manque de moyens humains (*turnover*, absentéisme) et matériels qui peuvent générer de longues attentes avant de recevoir le soin demandé ou des activités proposées inadaptées, l'absence d'intimité lors des soins intimes, les structures inadaptées. Du point de vue du soignant l'ignorance et parfois l'incompétence sont des facteurs mis en cause dans les situations de maltraitances. Les causes psychologiques relèvent du stress, du *burn-out*, du sentiment d'impuissance, de la confrontation récurrente à la mort, de la douleur physique et psychique, qui réactivent chez les soignants des angoisses auxquels ils ne savent faire face qu'au travers de la négligence qui permet la mise à distance, et relèvent aussi des conduites déviantes.

Face à cela, l'association ALlo MALtraitance (ALMA) a mis en place un réseau national d'écoute téléphonique afin de proposer certes un

service d'écoute, mais aussi un moyen de mieux identifier les causes, les acteurs, les victimes âgées de maltraitance, pour mieux connaître et pour mieux prévenir.

ALMA France réalise régulièrement des enquêtes ayant pour but de préciser et d'évaluer la maltraitance. L'enquête de 2007 réalisée dans toute la France (disponible sur le site de l'association à l'adresse www.alma-france.org) permet d'obtenir quelques indications permettant de réfléchir sur ces problèmes de maltraitance ou de négligence afin de tenter d'apporter quelques éléments de réponse et de prévention.

Force est de constater que lorsque la personne âgée vit encore au domicile, ce sont principalement les familles (30 %) et les personnes âgées (37 %) elles-mêmes qui contactent l'association pour caractériser ou non un problème de maltraitance. Les professionnels sont peu représentés dans ces démarches puisque représentant 19 % des appelants. Les motifs d'appels sont reliés à des maltraitances de nature principalement psychologique (25 %), physique (17 %) ou financière (18 %). 9 % des appels renvoient plutôt à des cas de négligence. La plupart des cas de maltraitance ou de négligence surviennent au domicile des personnes âgées (86 %). L'âge et le genre des victimes ne semblent pas être des facteurs de risque. En revanche, malgré un grand nombre de sujets pour lesquels il n'y a pas d'information, 29 % des victimes présentent un handicap physique, 11 % souffrent de maladie d'Alzheimer et 14 % d'autres troubles psychiques. L'agressivité et la violence de certains résidents sont des facteurs de risque de maltraitance (16 %), mais moins fréquemment en cause que le manque de communication ou d'écoute (25 %).

4.4 Maltraitance en institution

La maltraitance aux personnes âgées a été mise en exergue depuis la médiatisation de comportements violents ou négligents dans les institutions de soins. Un plan de lutte contre ces comportements a été mis en place en 2007 par P. Bas (ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille à cette période). Au-delà du constat de l'existence de maltraitance, il est essentiel de comprendre les processus qui mènent à celle-ci et le sens de ce type d'agir.

Que recouvre le passage à l'acte dans les institutions ? Faut-il n'y voir que l'expression de la psychopathologie du soignant ou peut-on penser que la confrontation à l'autre vieillissant, et plus particulièrement dans

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

ce que représente cet autre lorsqu'il est dément, pourrait trouver un point de départ à une réflexion sur ces comportements dans des milieux de travail difficiles et particulièrement exposés au *burn-out* ?

Le « réel du travail » en institution renvoie à la mise en échec des savoir-faire soignants (Gernet et Chekroun, 2008), imposant à ces derniers de surmonter cette résistance et d'accepter l'échec. Celle-ci est d'autant plus difficile que les attributions, les rôles professionnels évoluent fréquemment conduisant les soignants à se confronter à des situations auxquelles ils ne sont pas préparés ou formés : modifications qui impliquent le rapport aux patients mais aussi à sa famille. Les soignants ont à répondre aux angoisses des uns et des autres, faisant fi de ce que la vieillesse, dans ce qu'elle a de plus difficile, leur renvoie et qui n'est pas toujours élaborable faute d'écoute. Les notions d'« élaboration » ou de « mentalisation », peu fréquentes dans ce type d'exercice d'analyse puisque principalement utilisées en psychopathologie dans le cadre des conduites addictives ou des passages à l'acte, peuvent s'avérer pertinentes pour tenter de comprendre les conduites de maltraitance en institution. En ce sens, la psychodynamique du travail pourrait être un outil d'analyse complémentaire aux approches en psychologie du travail classiques afin de comprendre la souffrance dans les organisations professionnelles ; souffrance qui peut être à l'origine du passage à l'acte. En effet, « c'est bien le conflit engendré par la rencontre entre un sujet et une situation de travail, dont les caractéristiques sont fixées par l'organisation du travail, qui oriente les modalités de l'investigation et la posture des cliniciens » (Gernet et Chekroun, 2008).

Indéniablement, la faiblesse des moyens mis en place pour **prendre soin** des personnes âgées est un facteur essentiel de compréhension des situations de maltraitance.

Une des grandes difficultés que pose la maltraitance est celle de sa définition. En effet, qu'est-ce qu'être maltraitant ? Quelle différence ou plutôt quelle frontière entre maltraitance et négligence ? Considérons par exemple la charge de travail des soignants qui prennent en charge une dizaine de personnes dont il faut faire la toilette en un temps limité. Pour ne pas être pris en défaut professionnellement, ces soignants trouvent leurs propres stratagèmes pour s'acquitter de leur mission : peu de communication avec la personne âgée dans les moments de toilette par exemple, peut-être un peu de « brusquerie » imposée par la nécessaire rapidité des actes, peu de prise en compte du rythme des personnes, etc., sous couvert de contraintes institutionnelles et de rentabilité. Ces stratégies pourraient être qualifiées de maltraitantes ou de négligentes à

défaut d'une analyse fine qui viendrait mettre en exergue les contraintes organisationnelles exercées sur les personnels.

L'analyse du *turnover* fréquent dans les institutions mériterait d'être envisagée dans cette perspective qui intègre à la fois les contraintes institutionnelles et les particularités que renvoie la confrontation à la vieillesse, sur le plan intrapsychique, du côté des soignants.

4.5 La maltraitance et la loi

Quoi qu'il en soit, la maltraitance aux personnes âgées comme problème majeur de santé publique a eu pour conséquences :

1) la mise en place d'un numéro d'appel national (le 3977) par la Direction générale de l'Action sociale (DGAS), qui offre une écoute mais aussi qui transmet les signalements au réseau ALMA France, pour une gestion de proximité du problème ;
2) Une évolution de notre Code pénal, qui a introduit les notions de vulnérabilité liée à l'âge (art. 223-15-2 CP), de délaissement (art. 223-3 223-4 CP), d'abus frauduleux de la situation de faiblesse d'une personne dont la particulière vulnérabilité due à son âge (art. 311-4 CP). Ces différentes notions qualifient l'acte de l'auteur et majorent les peines de réclusion.

Le code pénal n'instaure pas une obligation de dénonciation, il laisse au citoyen l'opportunité d'une décision prise en conscience, comme étant la mieux adaptée aux circonstances. Toutefois rappelons que l'abstention de porter assistance (article 223-6) est punie par la loi (« Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours »). Il en est de même de la violation du secret professionnel, art. 226-13 (« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende »).

Selon le site officiel de l'Administration française, « Toute personne non tenue par la loi au secret professionnel ayant connaissance d'une situation de maltraitance d'une personne âgée peut et doit alerter les

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

autorités. Toute personne tenue par la loi au secret professionnel peut et doit également alerter les autorités : s'il y a privation ou sévices, s'il y a un risque de suicide ou d'atteinte à la vie d'autrui par usage d'une arme. L'accord de la victime n'est pas requis dès lors que la personne maltraitée n'est pas en mesure de se protéger elle-même en raison d'une incapacité physique ou psychique. Personnes à alerter : une autorité administrative (préfet du département, directeur départemental chargé de la cohésion sociale ou de la protection des populations, médecin inspecteur de la santé, travailleurs sociaux, etc.), ou de saisir le Procureur de la République ou son substitut. Pour choisir entre toutes ces possibilités, il est possible d'appeler le centre de contact téléphonique spécialisé 3977 ».

Chapitre 5

L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES

Sommaire

1. L'institutionnalisation 143
2. Les acteurs du prendre soin 145

1. L'institutionnalisation

1.1 L'entrée en institution

Les maisons de retraite, les EHPAD (Établissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes), sont des structures qui viennent pallier l'impossibilité de maintenir la personne à domicile. L'entrée en institution est généralement envisagée lorsque les soins à domicile ne sont pas ou plus suffisants pour permettre le maintien au domicile sans danger pour la personne. Ce changement n'est guère simple et, comme le souligne Pierre Billé, qui pourrait avoir envie d'aller dans un établissement aux sous-effectifs en personnel chroniques, avec un ratio de 4 soignants pour 10 résidents alors que chez nos voisins, ces ratios atteignent 8 pour 10 (Allemagne), 10 pour 10 (Belgique) voire 12 pour 10 en Suisse ? (Billé, 2005).

L'entrée en institution est un événement douloureux, parfois violent pour nombre de personnes âgées. 30 % des personnes entrant en institution décèdent au cours de la première année, témoignant du processus de perte de repères, de désorientation et désorganisation que ne manque pas de produire un tel événement :

« Je ne m'y fais pas. Mon fils et ma fille viennent souvent me voir, je leur dis que je suis pas bien ici et que je voudrais rentrer chez moi. Mais ma fille m'a dit il n'y a pas longtemps que j'étais bien ici et que j'ai tout ce qu'il me faut. Je lui ai dit : j'aimerais bien t'y voir ici. Mes enfants m'ont apporté des petites choses. C'est gentil mais ça vaut pas son chez-soi » (Mme Y., EHPAD)

L'entrée en institution, lorsqu'elle n'est pas personnellement choisie, ce qui est rare, vient fréquemment renforcer le sentiment d'inutilité associée à la vieillesse :

« Quand on est vieux, on est bon à être mis dans une maison de retraite » (Mme X. EHPAD).

La faiblesse des effectifs, l'organisation fonctionnelle ou organisationnelle de l'institution, la confrontation des soignants à des pathologies lourdes liées au vieillissement soulèvent un certain nombre de problèmes qui opèrent à différents niveaux et retentissent sur la qualité de vie des personnes en institution.

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

– La prise en charge des patients est contrainte par des règles de fonctionnement qui imposent, entre autres, un certain nombre de personnes à gérer en un temps assez limité, afin de respecter les plannings institutionnels ; plannings qui comprennent les temps de toilettes, de déjeuner, les activités diverses et variées proposées. Comment maintenir l'approche relationnelle au décours des soins quotidiens quand ceux-ci se réalisent dans des délais très brefs ? Le corollaire de ces rythmes institutionnels ou professionnels est la perception négative qui se dégage des pratiques soignantes, dans le discours des personnes âgées. Celles-ci développent parfois le sentiment de ne plus être considérées sur le plan social, ou donnent alors l'impression d'être désobjectalisées.
– En termes organisationnels, la question du rythme institutionnel pose également question, car ne laissant pas toujours le temps, etc. au temps. Pourquoi aller vite, pourquoi vouloir « faire » ou « faire faire » comme si l'inactivité, le fait de ne pas être occupé renvoyaient à quelque chose de négatif ? L'agir au sein des structures d'accueil pour personnes âgées mériterait d'être interrogé en regard de ce que la vieillesse renvoie aux soignants de leur propre rapport au vieillissement. L'agir pourrait-il représenter une sorte de fuite en avant ?
– Les structures d'accueil sont souvent vécues comme infantilisantes par les résidents. Cette infantilisation, certes non voulue mais perçue comme telle, est souvent associée à un vécu négatif. En effet, dans les structures où l'autonomie est encouragée, les personnes âgées sont moins déprimées, plus satisfaites, et rapportent avoir plus de vitalité (O'Connor et Vallerand, 1994). Les comportements autonomes ne sont pas toujours valorisés (contraintes temporelles) et le manque d'autonomie est parfois renforcé (Baltes, Wahl et Reichert, 1991).
– Enfin, face aux syndromes démentiels, comment ne pas être tenté de répondre par des conduites agissantes ou au contraire par l'évitement, qui se traduit par un renoncement aux interactions verbales ou non verbales, tant la démence renvoie au néant, au vide, etc., et confronte les soignants au désarroi, faute de savoir-faire infaillible, dans un contexte aussi difficile qu'imprévisible.

2. Les acteurs du prendre soin

Les différents travaux portant sur la typologie des aidants (Coudin et Gély-Nargeot, 2003 ; Coudin, 2004) mettent en évidence une évolution des caractéristiques de ceux qui dispensent l'aide : hommes ou femmes, enfants ou conjoints, aidants professionnels ou familiaux. Dans le contexte de relation d'aide au domicile, le dispositif de prendre soin s'investit de manière très singulière suivant chaque situation de perte d'autonomie (Aouridi-Hertier, 2013).

2.1 Les aidants familiaux

Le maintien à domicile des personnes âgées malades ou handicapées implique souvent une présence importante de l'entourage, et ce d'autant plus que les politiques de santé ont opéré un retour vers la nécessité de maintenir le cadre de vie habituel du patient le plus longtemps possible. À cette perspective s'ajoutent d'autres motivations qui peuvent être personnelles, financières ou représentationnelles.

Il apparaît que c'est l'entourage proche qui remplit le plus fréquemment le rôle d'aidant et non pas les professionnels, d'où le terme d'« aidant naturel » (Emanuel *et al.*, 1999) ou d'« aidants familiaux », terminologie que nous privilégierons ici. En effet, le manque de relais institutionnels, et, souvent, de moyens financiers a favorisé et favorise encore la prise en charge par les proches.

2.1.1 Typologie des aidants familiaux

Cependant, le rôle d'aidant familial n'est pas dévolu à n'importe quelle figure familiale. On a ainsi pu observer une certaine hiérarchie, qui est avant tout liée au genre, à la génération et à la proximité géographique. Dans la grande majorité des cas, l'aidant principal est d'abord le conjoint. Si celui-ci n'est plus en vie, le choix se porte majoritairement vers la fille aînée. De façon générale, les femmes sont choisies de façon privilégiée. Lorsque la fratrie est constituée de plusieurs enfants, l'aidant principal est « élu » selon des critères telles la proximité géographique et l'existence ou non d'autres responsabilités de rôle (fille mariée ou pas, jeunes enfants ou pas, travaillant ou non). D'autres facteurs renvoient quant à eux à l'histoire de la famille : l'enfant adulte qui fut de tout temps le plus proche de l'âgé, celui qui est reconnu et désigné par la fratrie pour endosser ce rôle. Entre celui qui se retire du système pour se protéger et celui qui en

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

est exclu pour insuffisance de capacités à faire face, émerge le choix des aidants. La désignation de l'aidant principal n'est donc pas le fruit du hasard puisqu'elle repose sur des critères objectifs et subjectifs. La plupart du temps, elle n'est pas négociée explicitement : elle s'inscrit dans un dû implicite qui est à assumer tout simplement (Coudin et Gély-Nargeot, 2003).

Selon Coudin (2004), il semble se profiler quatre types d'aidants. Un premier type d'aidant caractérisé par la valorisation attachée à ce rôle, source unique de forte gratification et pour qui le soutien donné au parent est l'unique raison de vivre. Pour l'auteur, ces aidants paraissent être dans le déni de la gravité de la maladie, dans un *coping*[1] d'évitement, dans une posture de toute-puissance. Ils sont, en effet, les seuls à pouvoir répondre aux besoins et aux attentes de leur proche aidé. Un deuxième type d'aidants se caractérise par ceux qui ne maîtrisent absolument pas la prise en charge de la maladie pourtant très avancée. Ce sont des hommes âgés, sans enfant, qui semblent être considérablement isolés. Ils sont épuisés, paraissent très dépressifs et proches de la rupture. Un troisième type d'aidants, que l'auteur nomme les aidants « rationnels », sont des conjoints dont le rôle et la fonction d'aidants sont fondamentaux. C'est leur occupation principale. Ce rôle est gratifiant et vécu comme tel socialement. Cependant, ils se différencient des premiers par le fait qu'ils ont d'autres sources de valorisation. Enfin, l'auteur met en exergue un quatrième type d'aidants : les aidants « distanciés ». Ce sont généralement des enfants qui ne vivent pas au domicile de l'aidé et sont parfois très éloignés géographiquement. Ces aidants n'ont aucune réticence à recourir aux dispositifs de prendre de soin pour leur parent. Bien que cette typologie ne soit qu'une classification hypothétique, le travail de Coudin (2004) met en exergue la réalité de l'évolution du profil des aidants familiaux (Aouridi-Héritier, 2013).

L'acceptation de cette nouvelle fonction au sein de la famille implique une modification importante des rôles habituels entre aidant et aidé. L'impact de la prise en charge d'un proche malade est connu pour provoquer des effets positifs et négatifs. Du côté des conséquences positives, l'augmentation du sentiment de gratification personnelle, l'expérience d'affects positifs et une amélioration de la qualité des relations dyadiques entre l'aidant et l'aidé ont pu être rapportées par des aidants familiaux.

1. Le *coping* est défini comme l'ensemble des pensées et des comportements qu'une personne emploie pour gérer et transformer le problème qui est source de détresse (Lazarus *et al.*, 1984).

Tableau 5.1 – *Échelle Caregiver Reaction Assesment (CRA)*

Échelle CRA : Indiquez pour chaque affirmation, si elle correspond à ce que vous avez ressenti ou vécu ces deux dernières semaines en prenant soin de votre proche (membre de votre famille, ami(e), intime…). Répondez à l'aide d'une échelle de 1 à 5.

Vous pouvez donc nuancer votre réponse.
– Fortement en désaccord : 1
– En désaccord : 2
– Neutre : 3
– D'accord : 4
– Fortement d'accord : 5

01	Je me sens privilégié de m'occuper de lui/d'elle	
02	Les autres se sont déchargés sur moi de ses soins	
03	Mes ressources financières sont suffisantes pour payer tout ce qui est nécessaire à ses soins	
04	Mes activités sont centrées autour de ses soins	
05	Depuis que je m'occupe d'elle/de lui, il me semble que je suis toujours fatigué(e)	
06	Il est vraiment difficile d'obtenir de l'aide de ma famille pour m'occuper d'elle/de lui	
07	Je n'apprécie pas d'avoir à m'occuper d'elle/de lui	
08	Je dois m'interrompre au milieu de mes activités (professionnelles, domestiques…)	
09	Je désire réellement prendre soin d'elle/de lui	
10	Ma santé s'est dégradée depuis que je m'occupe d'elle/de lui	
11	Je rends moins souvent visite à ma famille et mes amis depuis que je prends soin d'elle/de lui	
12	Je ne prendrai jamais assez soin d'elle/de lui, tant je lui dois	
13	Les membres de ma famille se mobilisent pour s'occuper d'elle/de lui	
14	J'ai éliminé des choses de mon emploi du temps depuis que je m'occupe d'elle/de lui	
15	Je suis assez fort physiquement pour m'occuper d'elle/de lui	
16	Depuis que je m'occupe d'elle/de lui, j'ai l'impression que ma famille m'a abandonné	
17	M'occuper d'elle/de lui fait que je me sens bien	
18	Il m'est difficile de trouver du temps pour me détendre à cause des interruptions fréquentes de mes activités	
19	Je suis en assez bonne santé pour m'occuper d'elle/de lui	
20	Prendre soin d'elle/de lui est important pour moi	

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

21	S'occuper d'elle/de lui a entraîné des contraintes financières pour ma famille	
22	Ma famille (frères, sœurs, enfants) me laisse seul m'occuper d'elle/de lui	
23	Je prends plaisir à m'occuper d'elle/de lui	
24	Il est difficile de subvenir aux dépenses liées à sa santé	

En revanche, la fonction d'aidant est aussi associée à des conséquences plus délétères et notamment la survenue de troubles dépressifs. Ces derniers seraient associés à une réduction des activités habituelles des aidants familiaux compte tenu de la nécessité de prendre soin de leur parent âgé, mais aussi à l'impact du *caregiving* sur d'autres sphères de la vie personnelle : familiale, professionnelle, etc. (Yee et Schulz, 2000). Les conséquences négatives observées mettent également en avant les modifications qui surviennent dans les relations entre les aidants et leur parent malade à mesure que ces derniers se dégradent.

La notion de fardeau illustre assez bien le poids relatif à l'aide apportée dans ces contextes. Il s'agit de « l'ensemble des conséquences physiques, psychologiques, émotionnelles, sociales et financières supportées par les aidants » (Bocquet et Andrieu, 1999). L'évaluation de celui-ci dans sa dimension objective mais également subjective est importante pour repérer et aider aux mieux les aidants qui pourraient se retrouver en situation de *burn-out*. Il existe une échelle d'évaluation validée en langue française, simple à administrer et dont les qualités psychométriques sont satisfaisantes. Il s'agit de la *Caregiver Reaction Assesment* (CRA) développée à partir de l'analyse qualitative d'entretien réalisée avec des aidants (Given *et al.*, 1992). La validation française (Antoine, Quandalle et Christophe, 2010) permet d'évaluer l'impact de l'aide sur l'estime de soi, l'impact financier, l'impact sur la santé et le temps personnel ainsi que l'absence de soutien familial pour l'aidant.

2.1.2 Ajustements face à l'aide

Au-delà des études descriptives d'impact, et compte tenu de l'existence de conséquences positives et négatives, il était important d'identifier et de comprendre les processus et facteurs d'influence sur les conséquences du *caregiving*. Les processus d'ajustement utilisés par les aidants sont régulièrement mis à mal avec l'évolution de la maladie, notamment dans le cas des démences. Cette maladie est évolutive, s'aggrave dans le temps, l'aidant devant faire face de manière permanente à des comportements généralement imprévisibles lorsque la maladie est avancée et, au-delà

de la symptomatologie comportementale, s'ajuster aux phénomènes de non-reconnaissance qui progressivement apparaissent. La prise en charge de ces patients par les familles est extrêmement douloureuse à vivre. Si en effet des conséquences négatives sont associées à cette charge, il est possible que des facteurs positifs viennent contrebalancer celle-ci. Ceci implique un processus dynamique et complexe où finalement, c'est bien l'évaluation de la situation par l'aidant qui détermine la charge réelle de la tâche qui lui incombe, plus que des critères objectifs centrés sur la maladie ou le comportement du proche malade.

L'aidant principal répond à une « mission » de soignant à laquelle il ne peut se soustraire et il est de plus en plus établi que les aidants ne sont pas de grands consommateurs de services d'aide externe. Le lien entre ces deux prémices nous a permis de mettre en exergue différents points. Le fait de recourir aux services de soutien formel constitue un choix ou un compromis, en termes de stratégies individuelles et familiales. Le non-recours s'explique par les satisfactions secondaires de l'aide pour l'aidant. D'un point de vue clinique, remplacer son parent de même sexe est enfin possible. Le parentage offre un nouveau rôle qui permet la réalisation d'un vieux fantasme inconscient (transgressif et de toute-puissance). Rôle qui peut devenir également structurant psychiquement en mettant de côté les difficultés personnelles. D'un point de vue social, le rôle de l'aidant peut devenir gratifiant en attribuant une nouvelle fonction, une nouvelle reconnaissance, il renforce également le sentiment d'appartenance familiale, et enfin permet de répondre à la norme sociale et familiale puisque la famille est un lieu d'obligation où l'on se doit assistance mutuelle.

Cette réticence à faire appel à des aides professionnelles ou à l'institutionnalisation du parent est lourde de conséquences, puisque les aidants familiaux ne l'envisagent que lorsque la situation devient trop lourde et ingérable au domicile. Le placement de la personne malade, temporairement, s'accompagne cependant d'une stabilisation des troubles de type dépression ou anxiété lorsqu'ils sont la conséquence de la prise en charge du proche parent pour les aidants familiaux (Bocquet et Andrieu, 1999). L'importance du fardeau est associée à une santé psychique diminuée. La fréquence de la dépression chez les aidants naturels excède celle de la population générale. L'anxiété, la dépression, la colère ressenties dans la relation d'aide, de même que le soutien social perçu et l'isolement de l'aidant sont autant de facteurs qui exercent une influence significative sur l'expérience subjective de la prise en charge (Kerhervé, Gay et Vrignaud, 2008).

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

Actuellement, deux modèles de compréhension permettant de comprendre les processus d'ajustement, concourant ou non à l'apparition de troubles psychoaffectifs dans ces situations familiales, sont proposés :

– le modèle ABCX du fonctionnement familial (McCubbin et Patterson, 1983) : il s'agit ici de rendre compte de la manière dont une personne réagit à une crise. Ce modèle a particulièrement été utilisé dans le cadre des démences. L'annonce diagnostique constitue un temps de crise, point de départ dans ce modèle. Des contraintes et des facteurs de stress vont s'accumuler (facteurs A), et exercer un impact sur les ressources personnelles et familiales (facteurs B). Ces deux facteurs vont modifier l'évaluation cognitive faite par la famille quant à la situation (facteur C, capacité de la famille à faire face à la situation, capacité de la famille à prendre en charge le parent, etc.). C'est l'ensemble de ces facteurs qui va alors influencer l'adaptation familiale à cette crise. Si un équilibre résulte de l'interaction de ces facteurs alors les conséquences seront plutôt positives et négatives dans le cas inverse.
– le modèle du processus de stress (Pearlin, Mullan, Semple et Skaff, 1990) : il s'agit du modèle le plus influent dans le *caregiving*. Il repose sur une approche graduelle, qui précise que l'ajustement aux événements par les aidants se fait au cours d'un processus développemental défini en 4 domaines : les antécédents et le contexte de l'événement stressant, les facteurs de stress de l'aidant, les ressources et les conséquences de l'aide au parent proche. Les relations entre l'aidant et l'aidé, de même que les conflits passés, ont une influence notable en particulier sur les antécédents, mais aussi sur les facteurs de stress de l'aidant. Ces derniers sont de deux types : des stresseurs primaires qui recouvrent par exemple la perte ou la détérioration perçue de la relation avec le destinataire des soins mais aussi des stresseurs secondaires en lien avec la qualité de la relation. Il est d'ailleurs probable que la qualité de la relation soit un élément qui médiatise l'impact des facteurs de stress liés à la prise en charge du parent malade. Cet aspect n'est pas explicitement mentionné dans le modèle de Pearlin.

Face aux conséquences psychologiques et familiales de la prise en charge d'un proche malade, le soutien aux aidants familiaux est devenu une mission de santé publique nécessaire qui accompagne la prise en charge globale des personnes âgées malades. Une consultation annuelle dédiée aux aidants est proposée systématiquement et conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé. Cette consultation doit

permettre de relever les difficultés tant médicales que psychologiques de l'aidant afin de l'accompagner et de l'orienter au mieux en cas de besoin.

La prise de conscience de ces conséquences négatives a donné lieu au développement de stratégies visant à soutenir les aidants, en particulier des groupes de support, les services de conseil ou d'éducation. Les recherches évaluant l'intérêt de ces approches montrent une efficacité de certaines d'entre elles. Les services de conseil et d'éducation, notamment, permettraient aux aidants de mieux gérer leurs propres besoins psychologiques et amélioreraient les relations « aidants-aidés » (Brodaty, Green et Koschera, 2003). La fréquentation de ce type de support permettrait aussi aux aidants de réduire la charge psychologique inhérente à la prise en charge de leur parent. Ils mentionnent d'ailleurs que le fait de parler à quelqu'un des difficultés rencontrées leur permet d'éviter le *burn-out*, et leur fait finalement gagner un temps précieux qui, à défaut de ce soutien, serait dépensé à gérer leurs émotions négatives (Chen, Hedrick et Young, 2010). Cela étant, il est possible aussi que les aidants dont le fardeau est extrêmement lourd n'aient plus l'énergie pour s'investir dans ce type de groupe et qu'ainsi les effets positifs observés puissent être spécifiques aux aidants qui perçoivent leur charge comme moins importante (Toseland, McCallion, Gerber et Banks, 2002).

À côté de ces outils, l'hospitalisation de jour proposée pour alléger la charge de l'aidant familial a montré des effets positifs sur la santé psychique des aidants et sur le fardeau perçu. Les aidants rapportent en effet des bénéfices quant au soutien psychologique reçu, la possibilité d'avoir eu plus de temps pour eux (alors que l'absence de temps est un facteur incriminé dans les conséquences négatives de la prise en charge), une dédramatisation de l'état du parent malade, une amélioration de la qualité de la relation, ainsi qu'une réduction du sentiment d'impuissance face à la maladie (Al Aloucy et Roudier, 2004).

2.2 Les aidants professionnels

2.2.1 Typologie de l'aidant professionnel

Le portrait type d'un aidant professionnel : les professionnels de l'aide et du soin à domicile sont majoritairement des femmes qui interviennent principalement auprès de personnes âgées. Cette aide est caractérisée par un *turnover* important lié à la précarité et la grande pénibilité des types de services proposés aux personnes aidées appelés aussi bénéficiaires.

L'aidant professionnel sait ne pas « empiéter » hors de son domaine de compétence. Les aidants professionnels forment une équipe pluridisci-

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

plinaire (médico-sociale) qui se doit de pratiquer une évaluation initiale de l'autonomie, de l'environnement matériel et humain, comme base de réflexion, et une synthèse pour construire un projet individuel de prendre soin cohérent.

2.2.2 Rôles des aidants professionnels

La mise en acte d'aidants professionnels relève pour près de 80 % des situations d'auxiliaires de vie ou d'aides ménagères et pour 30 % de professionnels du secteur médical ou paramédical (infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, orthophoniste, psychologue, etc.). Le recours à une intervention professionnelle spécifique varie en fonction du type de déficience dont souffre la personne aidée.

L'activité de ces aidantes correspond donc à la prise en charge de personnes fragilisées pour la réalisation de gestes et activités de la vie quotidienne et le maintien de l'autonomie de la personne. Dans la plupart des cas, ces aidants effectuent l'entretien du domicile, du linge, font les courses, garantissent les tâches administratives, les repas. Ainsi, l'intervention des aidants professionnels se concentre généralement sur des activités très précises qui sont, dans la majorité des cas, les tâches ménagères et les soins personnels (de l'ordre de l'intime à la personne aidée) et, de manière moins systématique, ils assurent une présence, une compagnie et interviennent lors du lever et du coucher de la personne « fragile ». En règle générale, les aidants professionnels n'ont pas ou très peu eu l'opportunité de participer à des formations spécifiques. L'autoformation, ou formation sur le terrain, permettra alors de venir compléter leurs compétences. Notamment, par son évaluation de l'autonomie de l'individu aidé, l'aidant professionnel sera dans le respect des choix et la connaissance des habitudes comportementales de l'individu aidé. L'évaluation de la perte d'autonomie consistera, en effet, en l'identification des besoins et des attentes « théoriques » à satisfaire. L'évaluation de l'environnement consiste en une adéquation du cadre de vie par rapport aux différents handicaps de la personne aidée, en l'identification du réseau naturel (famille, amis, voisinage, etc.) et en l'identification du réseau des aidants professionnels potentiellement existant. La validation du projet de prendre en soin consistera alors en la réponse à trois questions fondamentales : « Les choix sont-ils respectés ? L'environnement est-il adapté ? Les besoins et les attentes sont-ils satisfaits ? » (Aouridi-Héritier, 2013).

2.3 Rapports entre aidants familiaux et aidants professionnels

L'intervention de cet aidant professionnel se doit d'être complémentaire et ne pas se substituer à l'aide apportée par l'aidant familial. En effet, contrairement à ce que l'on pourrait penser, l'investissement quotidien en temps des aidants familiaux n'est pas significativement différent (ou alors de manière très graduelle) quand il est combiné avec d'autres aides (professionnelles ou non). Néanmoins, la nature de l'aide apportée par la famille se modifie, se réajuste parfois, lorsqu'un professionnel intervient. En effet, les activités domestiques et élémentaires sont plus souvent désinvesties par l'aidant familial, alors qu'inéluctablement, le temps passé à l'organisation et à la coordination du dispositif de prendre soin à domicile est encore plus investi par ce dernier et notamment lorsque ces aides extérieures viennent à se multiplier.

Selon Allaire (2006), pour les aidants professionnels, l'aide apportée par l'aidant familial à son proche en perte d'autonomie reste fondamentale, notamment en ce qui concerne le soutien affectif et psychologique. Un soutien indispensable aussi bien pour le proche aidé que pour les différents aidants professionnels du dispositif mis en place pour chaque situation singulière de prise en soins. La représentation de l'aide fournie par les aidants familiaux, vu par les aidants professionnels est en accord avec Paquet (2002), qui souligne le rôle pivot des aidants familiaux dans le dispositif d'aide, de soins et de maintien à domicile. Ils investissent, en parallèle des aidants professionnels, un nombre considérable de tâches auprès de leur proche dépendant. Dans ce dessein, Henrard *et al.* (2001) soulignent également l'important éventail de tâches exécutées par les aidants familiaux dont le proche aidé vit à domicile. Allaire (2006) signale aussi que même si les besoins et attentes de certains intervenants professionnels sont relativement élevés, ces derniers entretiennent, habituellement, une relation « suffisamment bonne » avec les aidants familiaux. En effet, ces aidants professionnels se disent satisfaits des rapports qu'ils vivent au quotidien avec l'aidant principal. Au-delà de « cette convivialité », le témoignage des aidants professionnels signifie aussi la co-construction d'un lien affectif fort entre les différents protagonistes du dispositif de prendre soin à domicile (ils soulignent notamment la nécessité de ce lien affectif avec le sujet aidé). De fait, lorsqu'un lien de confiance parvient à se créer entre les aidants professionnels et familiaux, cette

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

réciprocité peut aboutir à une relation de l'ordre de l'amical non distancié. L'« aide aux aidants » (Coudin et Gély-Nargeot, 2004), et particulièrement le soutien au niveau psychologique, demeure marginale, elle pourrait pourtant participer à enrichir la dynamique qui s'instaure entre les aidants.

Chapitre 6

LES PRATIQUES PSYCHOLOGIQUES AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES

Sommaire

1. Les thérapies interpersonnelles (TIP) 158
2. Les thérapies fondées sur les réminiscences ou rétrospectives de vies 159
3. Les thérapies cognitives et comportementales 162
4. Les approches centrées sur les troubles cognitifs 165

Les domaines d'intervention du psychologue dans le champ du vieillissement sont nombreux et font appel à des connaissances très diversifiées allant de la psychopathologie du vieillissement à la pratique des évaluations cognitives. En dehors des exigences académiques, l'insertion dans ce champ professionnel implique de se départir de ses propres croyances au sujet du vieillissement et de questionner son rapport à celui-ci. Un certain nombre de stéréotypes sur les personnes âgées peuvent en effet contribuer à des biais négatifs et affecter la prise en charge psychologique (Abeles *et al.*, 1998). Parmi les stéréotypes qui ont la vie dure, citons :

– la sénilité est inévitable avec l'âge,
– la maladie mentale est plus fréquente chez les personnes âgées et notamment la dépression,
– la plupart des personnes âgées sont malades et fragiles,
– elles sont socialement isolées,
– elles ne s'intéressent pas ou ne se sentent pas concernées par les questions d'intimité ou de sexualité (Edelstein et Kalish, 1999).

Ces croyances peuvent conduire au nihilisme thérapeutique consistant à développer des attentes moindres dans la prise en charge thérapeutique. L'exemple le plus classique est celui qui consiste à considérer que les troubles du sommeil, la plainte ou encore la fatigue sont des symptômes qui n'en sont pas puisque normaux chez la personne âgée ! De fait, pourquoi s'attarder sur cela et qu'en faire puisque cela est induit par l'âge ? Assurément, l'erreur qui a conduit Freud à sous-estimer les capacités de changement des aînés est également problématique chez les praticiens peu formés sur ces questions et pour qui toute thérapie est inutile, au risque de sombrer dans l'occupationnel en lieu et place de pratiques psychologiques.

Le développement des psychothérapies adressées aux personnes vieillissantes a connu un essor important dans le milieu des années quatre-vingt, avec notamment la publication de plusieurs études empiriques soutenant l'efficacité et l'utilité clinique de certaines approches, notamment pour la dépression.

Un certain nombre d'approches montrent des effets thérapeutiques intéressants avec les personnes âgées, nous en proposons un rapide tour d'horizon ci après, principalement orienté sur la question des troubles de l'humeur.

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

1. Les thérapies interpersonnelles (TIP)

Les thérapies interpersonnelles ont été développées à partir des travaux de Klerman (Klerman, Dimascio, Weissman, Prusoff et Paykel, 1974), centrés sur le contexte interpersonnel des troubles psychiatriques (Weissman, 2006). Les événements qui provoquent des émotions sont généralement de nature interpersonnelle, d'où la nécessité de prendre en compte l'environnement dans lequel vivent les patients mais aussi les liens affectifs ou les relations d'attachement que les personnes nouent (Bowlby, 1969 ; Meyer, 1957 ; Sullivan, 1953). En effet, la séparation ou toute menace de séparation peut susciter de la détresse ou des troubles dépressifs. Les TIP ont d'abord été développées et validées dans le cadre des troubles de l'humeur.

Ces thérapies sont limitées dans le temps et orientées vers le traitement des troubles dépressifs, les deuils, la gestion des transitions et des rôles sociaux ou les troubles des relations interpersonnelles. Elles sont particulièrement intéressantes avec les personnes âgées qui sont vulnérables au développement des dépressions tardives et qui sont exposées à différents deuils ou changements de rôle (activité, retraite, institution, etc.). Leur efficacité a également été démontrée dans des études contrôlées portant sur les troubles de l'humeur (Reynolds *et al.*, 1992), les troubles thymiques liés à un deuil pathologique (Pasternak *et al.*, 1997 ; Reynolds *et al.*, 2004).

Ces interventions sont fondées sur les facteurs communs aux psychothérapies, à savoir l'alliance thérapeutique et la relation empathique. Il s'agit d'aider les patients à affirmer leurs besoins et désirs dans ces relations, le thérapeute étant généralement en position d'allié. La durée de prise en charge oscille entre 12 et 16 semaines. La première phase de traitement est centrée sur le diagnostic et la remise en cause des représentations personnelles indiquant que les troubles sont liés à un défaut personnel. À la suite de ce premier temps diagnostique, la prise en charge se centre sur les relations interpersonnelles avec pour objectif de relever des événements de vie passés et actuels douloureux ou conflictuels, voire des déficits interpersonnels propres lorsque aucun événement de vie n'est associé aux difficultés présentes. La mise en relation des troubles de l'humeur avec une situation interpersonnelle douloureuse actuelle n'a rien d'étiologique, les TIP ne cherchant pas à établir les causes profondes des troubles, centrés surtout sur les freins à la poursuite du développement personnel.

Les études d'efficacité randomisées ont montré que l'association antidépresseur et TIP était une stratégie clinique optimale afin de réduire la fréquence de récurrence des épisodes dépressifs (Cuijpers *et al.*, 2011 ; Reynolds *et al.*, 1999 ; Reynolds *et al.*, 2004). Plus précisément, les TIP se sont avérées efficaces pour améliorer le fonctionnement social et mental de patients âgés souffrant de troubles de l'humeur modérés à sévères (Van Schaik *et al.*, 2006).

2. Les thérapies fondées sur les réminiscences ou rétrospectives de vies

L'utilisation de la réminiscence ou rétrospective de vie (*life review*) avec les personnes âgées provient des travaux de Butler (1993) qui décrit les réminiscences comme un processus d'ajustement qui survient naturellement, où la personne regarde en arrière sa propre vie, réfléchit aux événements du passé, incluant les difficultés et autres conflits non résolus. Il convient de distinguer deux choses lorsqu'on évoque les approches par réminiscence. D'une part, il faut considérer ce qui relève de la psychothérapie et s'adresse aux patients âgés généralement déprimés dans un format de consultations individuelles, et d'autre part faire la différence avec l'approche centrée sur les réminiscences qui s'adresse aux patients souffrant de démences et qui cible principalement les déficits cognitifs et mnésiques. Nous aborderons d'abord la question des thérapies pour ensuite présenter l'utilisation des réminiscences dans une perspective plus neuropsychologique.

Les thérapies par la réminiscence peuvent être considérées comme une adaptation des principes centraux des thérapies cognitives de la dépression aux spécificités des personnes âgées. En effet, les principes qui guident la thérapie cognitive peuvent parfois être difficiles à mettre en œuvre compte tenu de la réduction des expériences de vie ou des situations d'interactions sociales, puisque les pensées et croyances sont généralement travaillées au décours de situations actuelles. D'autre part, l'approche classique se focalise sur un événement particulier actuel alors que les personnes âgées tendent à adopter une position globale en regard de leur histoire de vie et donc plus intégrative (Knight et McCallum, 1998). Ainsi, il s'agissait de développer une approche qui permettrait de contourner les limitations ci-dessus évoquées, ce qui a amené à considérer alors la richesse des expériences passées des personnes et à utiliser ces expériences comme support de la restructuration cognitive d'une

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

part mais surtout pour, d'autre part, s'inscrire dans une perspective existentielle. La thérapie par la réminiscence propose de travailler par la réminiscence intégrative et par la réminiscence instrumentale.

Les interventions fondées sur la réminiscence intégrative renvoient au rappel de la vie passée dans une perspective globale, intégrative, et présente les caractéristiques suivantes :

– Elle vise à favoriser l'acceptation du passé et des expériences négatives antérieures afin de faciliter leur intégration avec le présent.
– Elle vise une réduction de l'écart, ou une réconciliation, entre idéal et la vie actuelle.
– Elle se centre sur le rappel des événements qui ont contribué au développement des valeurs personnelles et du sens de la vie.
– La revue du passé et le travail de liaison avec le présent permettent de développer une cohérence et un sens de continuité entre présent et passé.

Elles offrent une opportunité de relecture et de réinterprétation de certains événements passés, de leurs causes et conséquences. Les pensées et croyances vis-à-vis du *self*, développées sur des interprétations anciennes, peuvent ainsi être réactualisées. Les réminiscences intégratives sont fondées sur les contenus cognitifs et les processus de restructuration cognitive, qui sont centraux dans les thérapies cognitives des dépressions. Ces interventions ne peuvent alors pas être considérées comme un simple rappel du passé puisqu'elles adressent les pensées, croyances, schémas que la personne maintient vis-à-vis d'elle-même ainsi que les attributions qu'elle a opérées quant aux causes et conséquences des événements personnels du passé. Le rappel des événements passés doit être contextualisé le plus possible afin de limiter la minimisation des *feedbacks* positifs et les dénigrements opérés par les patients compte tenu des cognitions en lien avec la dépression (Cappeliez, 2002).

Les interventions fondées sur la réminiscence instrumentale vont se focaliser principalement sur les situations qui ont sollicité les processus d'adaptation (décès d'un proche, maladie chronique, etc.). Les interventions répondent aux caractéristiques suivantes (Wong, 1995) :

– Elles se focalisent sur la remémoration d'objectifs de vie et d'activités liés à l'atteinte d'un but concret et important pour le patient.
– Elles utilisent les expériences passées pour résoudre les problèmes actuels.
– En rappelant les épisodes de vie douloureux, le thérapeute va focaliser le travail sur la manière dont la personne âgée a dépassé ou géré cet événement, à la fois sur le plan cognitif mais aussi comportemental.

– Toutes les stratégies d'adaptation sont revues et détaillées en utilisant les étapes de la résolution de problèmes pour guider cette étape de travail. Il s'agira de préciser la nature du problème rencontré, d'explorer les réactions et stratégies pour faire face à ce problème : recherche de soutien social, évitement, focalisation sur le négatif, réévaluation, etc.

Le rappel en profondeur (pour distinguer le simple rappel de ce travail d'analyse minutieux) des stratégies qui ont été efficaces peut faciliter leur réactivation et leur utilisation dans les situations problématiques actuelles. Les réminiscences instrumentales sont ancrées dans les principes de réévaluation et amènent à considérer un problème non plus comme une menace mais plutôt comme un défi à résoudre, en puisant dans les expériences du patient pour aller chercher les ressources et solutions possibles.

Ces différentes étapes promeuvent un meilleur sens de contrôle personnel, un sentiment d'autoefficacité plus important, augmentent les stratégies centrées problème et diminuent les stratégies d'évitement.

D'autres formes de réminiscence s'ajouteront à ces deux types de réminiscences pour définir une taxonomie fondée sur les fonctions de ces remémorations, qui oscillent entre 6 et 8 dimensions selon les auteurs (Webster et Haight, 1995 ; Wong et Watt, 1991). Les fonctions de transmission, d'évitement, de narration et « ruminatives-obsessionnelles » s'ajouteront aux fonctions intégratives et instrumentales. Webster *et al.* (1995) ajouteront à cette liste les dimensions de préparation à la mort et de maintien de l'intimité.

Les applications cliniques de la thérapie par réminiscence sont principalement celles des troubles dépressifs (Watt et Cappeliez, 2000 ; Serrano, Latorre, Gatz et Montanes, 2004 ; Bohlmeijer, 2005). Si les études d'efficacité semblent montrer un effet large pour les troubles de l'humeur sévères à modérés (Bohlmeijer, Smit et Cuijpers, 2003 ; Hsieh et Wang, 2003 ; Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers et Smit, 2007), elles montrent également une certaine inconsistance des résultats (Cook, 1991 ; Lai *et al.*, 2003). Les explications possibles de cette inconsistance renvoient d'une part à la structuration de la thérapie par les réminiscences. En effet, la réminiscence structurée dans laquelle la rétrospective de vie est discutée et évaluée activement apparaît comme étant plus efficace que la forme non structurée. Les bénéfices des interventions fondées sur la réminiscence intégrative pourraient être limités chez les personnes qui ont des capacités d'expression émotionnelle réduites, une pensée peu

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

abstraite et orientée vers le concret ou encore des difficultés d'introspection (Coleman, 2005).

Plus récemment, les thérapies par réminiscence ont été utilisées chez des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer. La mémoire autobiographique est le système mnésique sollicité par les réminiscences puisqu'il regroupe tout ce qui a trait à l'identité de la personne : ses expériences vécues, les événements, les lieux, les personnes qui ont été importantes ou qui ont traversé la vie de chacun. Le format d'intervention peut être individuel ou groupal. Chaque participant est invité à parler de sa vie passée tout en étant guidé chronologiquement. L'efficacité de ces interventions sur l'humeur, les cognitions, et le bien-être des personnes âgées souffrant de démences sont encore mal connus mais deux méta-analyses récentes (Woods, Spector, Jones, Orrell et Davies, 2005 ; Cotelli, Manenti et Zanetti, 2012) montrent une amélioration de la cognition, de l'humeur, de la mémoire autobiographique et une diminution du poids lié à la prise en charge pour les aidants qui assistent aux sessions de groupe. Toutefois, les études incluses dans ces méta-analyses sont peu nombreuses (5 à 7 études) présentent des faiblesses méthodologiques importantes et ne sont pas comparables puisqu'elles utilisent des types de réminiscences différents. Ces résultats sont cependant encourageants, d'autant que cette approche est particulièrement appréciée des patients.

3. Les thérapies cognitives et comportementales

Les approches cognitives et comportementales, populaires en psychologie, correspondent à l'application clinique de la psychologie scientifique. Ces approches, fondées sur les travaux de nombreux chercheurs (A.T. Beck, A. Ellis, B.F. Skinner, J. Watson, J. Wolpe) ont mis en évidence qu'un ensemble de troubles et d'états psychopathologiques résultaient d'apprentissages inadaptés concernant les pensées, les émotions et les comportements (Beck, Rush, Shaw et Emery, 1979 ; Ellis, 1984 ; Meichenbaum, 1977). Les théories cognitivo-comportementales soutiennent qu'à la fois les cognitions (croyances, représentations conscientes ou non conscientes) et les comportements (la manière d'agir en réponse à un ou à des *stimuli* internes ou externes) vont déterminer ce que l'individu va ressentir ou éprouver. Les stratégies thérapeutiques qui en découlent visent à modifier les pensées irrationnelles, souvent surapprises et activées automatiquement (approche cognitive) et les comporte-

ments (approche comportementale), afin de diminuer les perturbations émotionnelles telles que la dépression, l'anxiété ou la colère. Il s'agit plus précisément de substituer à ces pensées et comportements inadaptés des cognitions plus ancrées dans la réalité, plus rationnelles et plus justes, ainsi que d'utiliser les théories issues du conditionnement classique (comme le conditionnement opérant et l'extinction ou la désensibilisation systématique) afin d'« éteindre » et de diminuer certaines réponses émotionnelles comme l'anxiété notamment. Il est bien sûr évident que ces pensées plus rationnelles, car tenant compte de la réalité, ne sont pas imposées par le praticien mais découlent d'un travail de réflexion et d'enquête (Beekman *et al.*, 2000) collaborative. Différencier les émotions saines de celles qui sont nuisibles, raisonner de manière moins affective, ignorer le passé et arrêter de courir après le « mythe » du bien vieillir sont les éléments clés sur lesquels se centrer pour des changements cognitifs chez les personnes âgées. Ces dernières doivent généralement faire face aux changements de leurs capacités physiques et cognitives, à l'isolement, à la discrimination, au relogement, aux deuils familiaux et amicaux, etc.

Dans le contexte des approches cognitives et en référence aux modèles centrés sur la cognition développés plus haut, les techniques cognitives et comportementales présentent un intérêt particulier chez les sujets âgés vieillissants, qui ont développé des croyances irrationnelles quant à leurs possibilités, leurs représentations d'eux-mêmes (Laidlaw, 2008 ; Moss et Scogin, 2008). Ces approches ont démontré leur intérêt, notamment pour les troubles anxieux, dépressifs, les addictions ou les troubles du sommeil. Les personnes âgées perçoivent ces méthodes comme étant applicables dans la vie quotidienne, pratiques et compréhensibles, renforçant non pas le sentiment de contrôle sur les événements externes mais le sentiment de contrôle sur la manière de penser et d'éprouver ces événements.

Si les TCC sont globalement similaires dans la prise en charge des sujets jeunes et des sujets âgés, il existe quelques spécificités pour ces derniers (Evans, 2007). Il est en effet difficile de proposer une approche psychothérapeutique sans tenir compte de l'environnement social de la personne âgée, des modifications cognitives et physiques liées à l'âge, du développement émotionnel et de la personnalité au cours de la vie.

Il est important d'être sensible aux potentielles diminutions des ressources cognitives comme l'attention sélective ou la mémoire de travail. La réalisation d'un bilan de celles-ci peut s'avérer nécessaire afin d'adapter la prise en charge. En effet, lorsque de telles perturbations sont

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

présentes, elles nécessitent la mise en place de stratégies particulières telles que la répétition des informations discutées, l'usage de multiples supports autres que verbaux (écrits, notes, enregistrements, etc.) afin de faciliter l'encodage notamment. Ces supports peuvent aussi être des aides précieuses notamment lorsqu'il existe des déficits sensoriels affectant l'audition par exemple. Le thérapeute doit être plus actif afin d'aider à maintenir l'attention du patient sur un sujet à la fois. Il faut aussi s'attendre à ce que le rythme de la thérapie soit plus lent compte tenu de la fatigabilité ou de la résistance face à l'abandon d'assomptions longtemps considérées envers soi et les autres. Il apparaît que des thèmes directement liés aux problématiques spécifiques de l'âge apparaissent plus fréquemment. C'est le cas notamment pour ce qui a trait à la perte, aux remises en causes liées aux transitions sociales, aux représentations et images de soi véhiculées par l'âgisme (Laidlaw, Thompson et Gallagher-Thompson, 2004). Par ailleurs, les représentations en lien avec la psychothérapie peuvent gêner le processus. Outre le fait que les thérapies cognitives et comportementales sont des thérapies actives qui nécessitent une participation engagée, les patients vieillissants peuvent avoir développé des représentations plus passives à l'égard de ce qu'est une psychothérapie quelle que soit son orientation ou sa forme, se positionnant dès lors en témoins et en attente d'une expertise qui à elle seule solutionnera les difficultés. Des croyances plus subtiles peuvent également être présentes notamment celles qui postulent qu'avec l'âge, tout changement est impossible et que les possibilités de résultats d'une psychothérapie sont minimes (Laidlaw, Thompson et Dick-Siskin, 2003). Selon Wilkinson (1997), le début d'une prise en charge en TCC doit nécessairement identifier ce type de croyances et faire l'objet d'une remise en question préalablement au travail en tant que tel en consacrant du temps à la question des possibilités d'apprentissage et de changement avec le vieillissement (Wilkinson, 1997).

L'efficacité des TCC a été évaluée dans des contextes divers. Leur efficacité sur les troubles anxieux chez les sujets jeunes et âgés est clairement démontrée (rapport INSERM 2004 sur l'efficacité des psychothérapies). Dans le cadre des troubles de l'humeur, il s'est avéré qu'elles étaient aussi efficaces seules qu'associées à un traitement antidépresseur chez des sujets modérément déprimés mais que leur association à un traitement pharmacologique était plus efficace chez les sujets sévèrement déprimés ou suicidaires (Knight, 2004). Il est important de noter qu'une troisième vague est récemment apparue dans la pratique des TCC du fait des connaissances nouvelles issues des multiples travaux scientifiques œuvrant sur la compréhension des processus psychopathologiques. Cette

troisième vague vise à rétablir la flexibilité psychologique des individus souffrant de troubles psychopathologiques, et intègre les approches telles que la théorie d'acceptation et d'engagement (Hayes), les approches dites de pleine conscience (*Mindfulness*), ou encore les travaux issus de la psychopathologie cognitive visant à modifier les biais attentionnels ou mnésiques associés au maintien de certains troubles psychologiques (*Metacognitive Therapy*, Wells en Angleterre, les travaux de Pierre Philippot et de ses collaborateurs en Belgique).

Conclusions

De nombreuses méta-analyses ont souligné l'intérêt des interventions psychosociales. Les thérapies cognitives et comportementales ainsi que celles fondées sur les réminiscences observent les effets les plus importants par comparaison aux interventions de type TIP ou d'orientation psychodynamique (Areán et Cook, 2002 ; Pinquart, Duberstein et Lyness, 2007). Donnée importante, les traitements psychothérapeutiques, et plus spécifiquement les TCC, ont une efficacité similaire au traitement pharmacologique avec une nette supériorité des TCC dans le cadre du TOC (Cuijpers *et al.*, 2013 ; Worldpsychiatry). Du fait des effets secondaires néfastes des antidépresseurs et des benzodiazépines chez le sujet âgé, les traitements psychothérapeutiques fondés sur des preuves sont à recommander pour le traitement des problèmes psychologiques et psychiatriques, et ce particulièrement chez le sujet âgé.

4. Les approches centrées sur les troubles cognitifs

Le développement des approches centrées sur les troubles cognitifs a considérablement évolué. Alors que les interventions étaient principalement dédiées à la rééducation des troubles du langage, des outils spécifiques de certaines altérations ont été développés, notamment pour les troubles de la mémoire, de l'attention, de l'orientation temporelle ou des fonctions exécutives (Seron, Rossetti, Vallat-Azouvi, Pradat-Diehl et Azouvi, 2008). Des ateliers « mémoire » ont rapidement vu le jour mais leur efficacité a été remise en cause (Meulemans, 2001), conduisant alors à considérer de manière plus fine les profils neuropsychologiques des patients ; analyse qui sous-tend la mise en place de la revalidation cognitive. L'essor de ces techniques a été concomitant d'un changement

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

de perspective ou de vision quant à la maladie d'Alzheimer, non plus considérée sur le versant uniquement déficitaire, mais sous l'angle d'une pathologie complexe, multifactorielle où certains domaines de la cognition demeurent intacts. De fait, il devenait alors possible d'envisager d'optimiser le fonctionnement quotidien de ces patients en proposant des approches ciblées et largement individualisées reposant sur une évaluation neuropsychologique fine et détaillée des processus altérés et préservés. Ces outils sont d'autant plus importants que le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est réalisé à un stade de plus en plus précoce et donc chez des personnes encore jeunes, encore professionnellement en activité. Trois grandes orientations peuvent être identifiées (pour une revue de cette question et un détail de chacune de ces orientations, voir Van der Linden et Juillerat, 2004 ; Van der Linden, Juillerat et Delbeuck, 1995).

1) **L'utilisation des fonctions résiduelles des domaines cognitifs altérés en proposant des stratégies de facilitation.** Ces stratégies reposent sur l'apprentissage de procédés mnémotechniques qui peuvent être verbaux ou non verbaux (images mentales). Les exemples les plus connus sont ceux de la *création d'images absurdes* (associer différents éléments visuels qui, par association, permettent de remémorer une information) ou *la méthode des lieux* (créer un parcours visuel avec des points d'ancrage qui correspondent aux tâches à réaliser et dans l'ordre où elles doivent être réalisées). Ces méthodes impliquent que les patients disposent de capacités exécutives et attentionnelles suffisantes.
2) **Favoriser l'apprentissage ou le réapprentissage de connaissances spécifiques en privilégiant les systèmes mnésiques non altérés.** Les techniques de récupération espacée (test des capacités de récupération de l'information en allongeant progressivement les délais de rétention), d'estompage (la restitution de l'information est facilitée par des indices qui sont progressivement estompés jusqu'à ce que l'information soit rappelée sans aide) et d'apprentissage sans erreur sont les trois types d'outils à disposition pour favoriser l'apprentissage d'information et/ou d'habiletés nouvelles. L'acquisition d'habiletés a pour fonction de favoriser l'autonomie quotidienne des patients et s'appuie sur la mémoire procédurale qui semble relativement préservée chez les patients souffrant de maladie d'Alzheimer.
3) **Adapter et structurer l'environnement par le recours à des aides externes.** Il s'agit dans ce cas-ci de proposer des supports

(cartes, agenda, etc.) ou des aides externes qui vont permettre aux patients de recouvrer une certaine autonomie quotidienne.

Si ces trois orientations peuvent être utilisées séparément, elles sont souvent utilisées de manière conjointe en fonction des besoins, des difficultés et des ressources préservées des patients. L'implémentation et l'efficacité de l'une d'entre elles peuvent nécessiter le recours à d'autres stratégies au préalable. Les études montrent que l'efficacité des programmes de revalidation est largement dépendante du niveau d'individualisation proposé. En effet, lorsqu'ils sont utilisés sans référence au profil cognitif particulier d'un patient, leurs résultats restent limités aux tâches qui ont fait l'objet d'un apprentissage et ne se généralisent pas à d'autres fonctions (voir Davis, Massman et Doody, 2001 ; Moore *et al.*, 2001). Qui plus est, si l'efficacité des interventions cognitives est largement soutenue, démontrant l'existence d'un potentiel d'apprentissage chez les personnes souffrant de troubles cognitifs légers ou de démence débutante, la question des processus sous-jacents qui contribuent à cette efficacité est essentielle. En effet, l'identification des mécanismes en jeu permettra de personnaliser au mieux les interventions en fonction du profil et des mécanismes cognitifs altérés ou préservés d'un patient donné.

Conclusion

Cet ouvrage avait pour objectif de proposer un tour d'horizon du vieillissement sous l'angle social, psychologique, neuropsychologique, émotionnel et psychopathologique. Nous avons tenté de présenter les conceptualisations et résultats de recherches les plus récents, dans une perspective intégrative et multi-théorique, dans un domaine où les avancées ne cessent de croître, éloignant ainsi la vision et les conceptualisations déficitaires de la vieillesse. Nous espérons au travers de ces pages avoir démontré que si la vieillesse pouvait être une succession d'événements difficiles en lien avec la perte, elle n'était pas pour autant vouée à être vécue de manière péjorative, les aînés démontrant des capacités de résilience et d'autorégulation.

L'écoute des praticiens, des étudiants qui se frottent à un contexte difficile, qui nous démunit sur le plan de nos pratiques, montre bien que les représentations personnelles que nous avons de la vieillesse, nos craintes lorsque nous aurons à l'affronter, ne sont pas étrangères à l'appréhension qui ne manque pas de se manifester. Et, pour reprendre des propos entendus récemment : « Je me suis rendu compte que j'étais remplie de représentations fausses sur la vieillesse, et je me suis rendu compte que vieillir pouvait être beau. »

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

Bibliographie

Abeles, N., Cooley, S., Deitch, I. M., Harper, M. S., Hinrichsen, G., Lopez, M. A. et Molinari, V. A. (1998). What practitioners should know about working with older adults. *Professional Psychology : Research and Practice, 29*, 413-427.

Abraham, K. (1920). *Le Pronostic du traitement psychanalytique chez les sujets d'un certain âge* (vol. 2). Paris : Payot.

Adams, W. L., Barry, K. L. et Fleming, M. F. (1996). Screening for problem drinking in older primary care patients. *JAMA, 276*, 1964-1967.

Al Aloucy, M. J. et Roudier, M. (2004). Impact de la prise en charge en hôpital de jour des patients déments sur l'état psychologique des aidants familiaux. *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie, 4*, 54-57.

Alaphilippe, D. (2008). Évolution de l'estime de soi chez l'adulte âgé. *Psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement, 6* (3), 167-176.

Alaqeel, B. et Margolese, H. C. (2012). Remission in schizophrenia : critical and systematic review. *Harv. Rev. Psychiatry, 20*, 281-297 (doi : 10.3109/10673229.2012.747804).

Alexopoulos, G. (1992). Geriatric Depression Reaches Maturity. *Int. J. Geriatr. Psychiatr., 7*, 305-306.

Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C. et Shamoian, C. A. (1988). Cornell scale for depression in dementia. *Biological Psychiatry, 23*, 271-284.

Allaire, M. (2006). *Rôle des aidants familiaux en fonction de différents milieux de vie des personnes âgées en perte d'autonomie : point de vue des intervenants rémunérés*. Hull : Université du Québec en Ouatouais.

Almeida, O. P., Forlenza, O. V., Lima, N. K. C., Bigliani, V., Arcuri, S. M., Gentile, M., Oliveira, D. A. M. (1997). Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting. Report from a survey in Sao Paulo, Brazil, *Int. J. Geriatr. Psychiatry, 12*, 728-736.

Almeida, O. P., Howard, R., Förstl, H. et Levy, R. (1992). Late paraphrenia : A review. *Int. J. Geriatr. Psychiatry, 7*, 543-548.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision*. Washington, DC, APA.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : Dsm-5*.

Anaut, M. (2003). *La Résilience*. Paris : Nathan Université.

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

Antoine, P., Quandalle, S. et Christophe, V. (2010). Vivre avec un proche malade : évaluation des dimensions positive et négative de l'expérience des aidants naturels. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique, 168*, 273-282.

Aourdi-Heritier, L. (2013). La relation d'aide : d'une typologie à l'analyse des facteurs psychopathologiques modulant la prise en soins du sujet « fragile » à domicile. Thèse de doctorat en psychologie. Dir. Pr. M.-C. Gély-Nargeot, université Montpellier-3.

Areán, P. A. et Cook, B. L. (2002). Psychotherapy and combined psychotherapy/pharmacotherapy for late life depression. *Biological Psychiatry, 52*, 293-303 (doi : http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223 (02)01371-9).

Aspinwall, L. G. et Taylor, S. E. (1997). A stitch in time : self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin, 121*, 417.

Balahoczky, M. (2003). Images du grand âge : impact des représentations sociales sur les soins et l'accompagnement. *Le Grand Âge : un défi pour l'individu et la société*, Pro Senectute Suisse Ed.

Balota, D.A., Tse, C.S., Hutchinson, K.A., Spieler, D.H., Duchek, J.M. et Morris, J.C. (2010). Predicting conversion to the dementia of the Alzheimer's type on a healthy control sample : The power of errors in Stroop color naming. *Psychology and Aging, 25*, 208-218.

Baltes, M. et Lang, F. R. (1997). Everyday functioning and successful aging : The impact of resources. *Psychology and Aging, 12*, 433-443.

Baltes, M., Wahl, H. et Reichert, M. (1991). Successful Aging in Long-Term Care Institutions. In K. Warner Schaie et M. Powell Lawton (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (vol. 11) : Springer.

Baltes, P. et Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging : The model of selective optimization with compensation. *Successful aging : Perspectives from the behavioral sciences, 1*, 1-34.

Barberger-Gateau, P., Chaslerie, A., Dartigues, J.F., Commenges, D., Salamon, R. et Gagnon, M. (1992). Health Measures Correlates in a French Elderly Community Population : The Paquid Study. *Journal of Gerontology, 47*, S88-S97 (doi : 10.1093/geronj/47.2.S88).

Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C. et Vohs, K. D. (2001). Bad is stronger than good. *Review of general psychology, 5* (4), 323.

Bazin, N. (2004). Le diagnostic de schizophrénie tardive : les questions qu'il pose. *Psychologie & Neuropsychiatrie du vieillissement, 2*, 43-47.

Beauvoir, de S. (1974). *La Vieillesse*, éd Gallimard.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. et Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York : Guilford Press.

Beck, A. T., Steer, R. A. et Brown, G. (1996). *BDI-II, Beck depression inventory : manual* : Psychological Corp. San Antonio, TX.

Beekman, A. T. F., de Beurs, E., van Balkom, A. J. L. M., Deeg, D. J. H., van Dyck, R. et van Tilburg, W. (2000). Anxiety and Depression in Later Life : Co-Occurrence and Communality of Risk Factors. *Am. J. Psychiatry, 157*, 89-95 (doi : 10.1176/appi.ajp.157.1.89).

Beltman, M. W., Voshaar, R. C. et Speckens, A. E. (2010). Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease : meta-analysis of randomised controlled trials. *Br. J. Psychiatry, 197*, 11-19 (doi : 10.1192/bjp.bp.109.064675).

Benek-Higgins, M., McReynolds, C. J., Hogan, E. et Savickas, S. (2008). Depression and the elder person : The enigma of misconceptions, stigma, and treatment. *Journal of Mental Health Counseling, 30*, 283-296.

Berkman, L. F. et Breslow, L. (1983). *Health and Ways of Living. The Alameda County Study*. New York : Oxford University Press.

Bianchi, H. (1989). *La Question du vieillissement.* Paris : Dunod.

Billé, M. (2005). L'entrée en institution dernière mise en demeure ? *Gérontologie et société, 112*, 63-72 (doi : Gs.112.0063).

Billé, M. (2009). Vivre son deuil. *Études sur la mort*, 1, 7-22.

Birren, J. E. (1964). *The Psychology of aging*. Oxford, England : Prentice Hall.

Birren, J. E. et Renner, V. J. (1980). Concepts and issues of mental health and aging. *Handbook of mental health and aging*, p. 3-33.

Blackford, R. C. et La Rue, A. (1989). Criteria for diagnosing age-associated memory impairment : proposed improvements from the field. *Developmental Neuropsychology, 5* (4) : 295-306.

Blanché, A. (2007). Ruptures-passages : approches psychanalytiques du vieillissement. *Gérontologie et société, 121*, 11-30.

Blanchet S., McCormick L., Belleville S., Gely-Nargeot M.-C., Joanette Y. (2002). Mild cognitive impairments in the elderly : a critical review. *Rev. Neurol.*, vol. 158, n° 1, 29-39.

Blank, K., Gruman, C. et Robison, J. T. (2004). Case-finding for depression in elderly people : balancing ease of administration with validity in varied treatment settings. *The Journals of Gerontology Series A : Biological Sciences and Medical Sciences, 59*, M378-M384.

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

Blazer, D. G. (2002). Self-efficacy and depression in late life : A primary prevention proposal. *Aging & Mental Health, 6*, 315-324 (doi : 10.1080/1360786021000006938).

Blazer, D. G. et Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological medicine, 35*, 1241-1252.

Bloch, F., Thibaud, M., Dugue, B., Breque, C., Rigaud, A. S. et Kemoun, G. (2011). Psychotropic drugs and falls in the elderly people : updated literature review and meta-analysis. *J. Aging Health, 23*, 329-346 (doi : 10.1177/0898264310381277).

Bocquet, H. et Andrieu, S. (1999). Le « burden », un indicateur spécifique pour les aidants familiaux. *Gerontol. Soc., 89*, 155-166.

Boudjemadi, V. et Gana, K. (2009). L'âgisme : Adaptation française d'une mesure et test d'un modèle structural des effets de l'empathie, l'orientation à la dominance sociale et le dogmatisme sur l'âgisme. *Revue canadienne du vieillissement, 28*, 371-389.

Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P. et Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults : A meta-analysis. *Aging and Mental Health*, *11* (3), 291-300.

Bohlmeijer, E., Smit, F. et Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression : a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 18,* 1088-1094.

Bohlmeijer, E., Valenkamp, M., Westerhof, G., Smit, F. et Cuijpers, P. (2005). Creative reminiscence as an early intervention for depression : Results of a pilot project. *Aging & Mental Health*, *9* (4), 302-304.

Bowlby, J. (1969). *Attachment*. New York, NY : Basic Books.

Boyce, R. D., Hanlon, J. T., Karp, J. F., Kloke, J., Saleh, A. et Handler, S. M. (2012). A review of the effectiveness of antidepressant medications for depressed nursing home residents. *J. Am. Med. Dir. Assoc., 13*, 326-331 (doi : 10.1016/j.jamda.2011.08.009).

Boyle, P. A., Buchman, A. S., Wilson, R. S., Leurgans, S. E. et Bennett, D. A. (2010). Physical Frailty Is Associated with Incident Mild Cognitive Impairment in Community-Based Older Persons. *J. Am. Geriatr. Soc., 58*, 248-255.

Brandtstadter, J. et Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment : explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychol Aging, 5*, 58-67.

Brandtstadter, J. et Rothermund, K. (1994). Self-percepts of control in middle and later adulthood : buffering losses by rescaling goals. *Psychol Aging, 9*, 265-273.

Brasseur, S., Grégoire, J., Bourdu, R. et Mikolajczak, M. (2013). The Profile of Emotional Competence (PEC) : Development and Validation of a Self-Reported Measure that Fits Dimensions of Emotional Competence Theory. *PloS one, 8*, e62635.

Brennan, P. L., Schutte, K.K. et Moos, R. H. (2005). Pain and use of alcohol to manage pain : prevalence and 3-year outcomes among older problem and non-problem drinkers. *Addiction, 100*, 777-786.

Brodaty, H., Green, A. et Koschera, A. (2003). Meta-Analysis of Psychosocial Interventions for Caregivers of People with Dementia. *J. Am. Geriatr. Soc., 51*, 657-664.

Buchman, A. S., Boyle, P. A., Wilson, R. S., Tang, Y. et Bennett, D. A. (2007). Frailty is Associated With Incident Alzheimer's Disease and Cognitive Decline in the Elderly. *Psychosom. Med., 69*, 483-489 (doi : 10.1097/psy.0b013e318068de1d).

Butler, R. N. (1969). Age-Ism : Another Form of Bigotry. *The Gerontologist, 9*, 243-246 (doi : 10.1093/geront/9.4_Part_1.243).

Byers, A. L. et Yaffe, K. (2011). Depression and risk of developing dementia. *Nat. Rev. Neurol., 7*, 323-331 (doi : 10.1038/nrneurol.2011.60).

Cappeliez, P. (2002). Cognitive-reminiscence therapy for depressed older adults in day hospital and long-term care. *Critical advances in reminiscence work : From theory to application*, in J.D., & Haight, B.K. (Eds.), Critical advances in reminiscence work : From theory to application. Springer Publishing Company, p. 300-313.

Caracciolo, B., Palmer, K., Monastero, R., Winblad, B., Backman, L. et Fratiglioni, L. (2008). Occurrence of cognitive impairment and dementia in the community : A 9-year-long prospective study. *Neurology, 70*, 1778-1785 (doi : 10.1212/01.wnl.0000288180.21984.cb).

Carstensen, L. L. (1991). Socioemotional selectivity theory : Social activity in life-span context. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 17*, 195-217.

Carstensen, L. L., Fung, H. H. et Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and emotion, 27*, 103-123.

Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. et Charles, S. T. (1999). Taking time seriously : A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist, 54*, 165-181.

Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mayr, U. et Nesselroade, J. R. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*, 644.

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

Cavayas, M., Raffard, S. et Gély-Nargeot, M.-C. (2012). Stigmatisation dans la maladie d'Alzheimer, une revue de la question. *Geriatr. Psychol. Neuropsychiatr. Vieil.*, *10* (3) : 297-305 (doi : 10.1684/pnv.2012.0356).

Célérier, M.-C. (2001). Avant-propos. *Champ psychosomatique, 24*, 7-16 (doi : 10.3917/cpsy.024.0007).

Cernin, P. A., Lysack, C. et Lichtenberg, P. A. (2011). A Comparison of Self-Rated and Objectively Measured Successful Aging Constructs in an Urban Sample of African American Older Adults. *Clinical Gerontologist, 34*, 89-102 (doi : 10.1080/07317115.2011.539525).

Chang-Quan, H., Xue-Mei, Z., Bi-Rong, D., Zhen-Chan, L., Ji-Rong, Y. et Qing-Xiu, L. (2010). Health status and risk for depression among the elderly : a meta-analysis of published literature. *Age Ageing, 39*, 23-30 (doi : 10.1093/ageing/afp187).

Charles, S. T., Mather, M. et Carstensen, L. L. (2003). Aging and emotional memory : the forgettable nature of negative images for older adults. *Journal of Experimental Psychology : General, 132*, 310.

Charles, S. T., Reynolds, C. A. et Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*, 136.

Chaslin, P. (1895). La confusion mentale primitive. *L'Année psychologique, 2*, 905-909.

Chen, Y.-M., Hedrick, S. C. et Young, H. M. (2010). A pilot evaluation of the Family Caregiver Support Program. *Evaluation and Program Planning, 33*, 113-119.

Chételat, G. (2013). Aβ-independent processes : Rethinking preclinical AD. Nature Reviews/Neurology.

Clément, J. (2009). Quelques considérations sur le deuil de la personne âgée. *Études sur la mort, 1*, 33-39.

Coleman, P. G. (2005). Editorial : Uses of reminiscence : Functions and benefits. *Aging & Mental Health, 9,* 291-294.

Colleran, C. et Jay, D. (2002). *Aging and Addiction : Helping Older Adults Overcome Alcohol Or Medication Dependence* : Hazelden Publishing & Educational Services.

Consedine, N. S. (2011). Capacities, targets, and tactics : lifespan emotion regulation from the perspective of developmental functionalism. *Emotion regulation and well-being* (p. 13-29) : Springer : New York.

Consedine, N. S. et Magai, C. (2006). *Emotional Development in Adulthood : A Developmental Functionalist Review and Critique*, in Hoare Carol (Ed),

Handbok of adult development and learning (pp. 123-148). New York, NY, US : Oxford University Press.

Consedine, N. S., Magai, C. et King, A. R. (2004). Deconstructing positive affect in later life : A differential functionalist analysis of joy and interest. *The International Journal of Aging and Human Development, 58*, 49-68.

Consedine, N. S. et Moskowitz, J. T. (2007). The role of discrete emotions in health outcomes : a critical review. *Applied and Preventive Psychology, 12*, 59-75.

Conseil des aînés du Québec (2010). Avis sur l'âgisme envers les aînés : état de la situation. www.agisme.fr/spip.php?article61

Cook, E. A. (1991). The effects of reminiscence on psychological measures of ego integrity in elderly nursing home residents. *Archives of Psychiatric Nursing, 5,* 292-298.

Copeland J., Beekman A.T., Dewey M.E., Hooijer C., Jordan A. et Lawlor B.A. (1999). Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *Br. J. Psychiatry*, 174 (4), 312-321.

Côté V. (2007). La stigmatisation des aidants familiaux de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Canada (https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/handle/1866/2676).

Cotelli, M., Manenti, R. et Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia : A review. *Maturitas*, *72*(3), 203-205.

Coudin G. (2004). La réticence des aidants familiaux à recourir aux services gérontologiques : une approche psychosociale. *Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillissement, 2* (4) 285-296.

Coudin G., Gély-Nargeot M. C. (2003). Le paradoxe de l'aide aux aidants ou la réticence des aidants informels à recourir aux services. *Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie*, *3*, 19-23.

Craik, F.I.M. et Lockhart, R.A. (1972). Levels of processing : a framework for memory research. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, *11*, 671-684.

Crockett, W. H. et Hummert, M. L. (1987). Perceptions of aging and the elderly. *Annual review of gerontology & Geriatrics, 7*, 217.

Crook T., Bartus R.T., Ferris S.H., Whitehouse P., Cohen G.D., Gershon S. (1986). Age-associated memory impairment : Proposed diagnostic criteria and measure of clinical change. Report of a National Institute of Mental Health Work Group. *Developmental Neuropsychology, 2* : (4) 261-276.

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

Crowther, M. R., Parker, M. W., Achenbaum, W. A., Larimore, W. L. et Koenig, H. G. (2002). Rowe and Kahn's Model of Successful Aging Revisited : Positive Spirituality – The Forgotten Factor. *The Gerontologist, 42*, 613-620 (doi : 10.1093/geront/42.5.613).

Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J. C. et van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression : a meta-analysis. *Am. J. Psychiatry, 168*, 581-592 (doi : 10.1176/appi.ajp.2010.10101411).

Cumming, E. et Henry, W. (1961). *Growing Old : The Process of Disengagement*. New York : Basic Books.

Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob.

Danko, M., Arnaud, C., Gely-Nargeot, M.-C. (2009). Concept d'identité et sujets âgés : perspective psychosociale, *Psychol. Neuropsychiatr. Vieil.*, *7* (4), 231-242.

Davis R.N., Massman P.J. et Doody R.S. (2001). Cognitive intervention in Alzheimer's disease : A randomized placebo-controlled study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders, 15*, 1-9.

Dedieu-Anglade, G. (2009). Vieillissement et psychiatrie, aperçus théorico-cliniques. *Cliniques méditerranéennes, 79*, 133-138 (doi : 10.3917/cm.079.0133).

Delbès, C. et Gaymu, J. (2003). *La Retraite quinze ans après* : INED.

Denburg N.L., Cole C., Hernandez M. *et al.* (2007). The orbitofrontal cortex, real-world decision-making, and normal aging. *Ann. N.Y. Acad. Sci., 1121* : 480-98.

Derouesné C. (2003) Qu'est-ce que la démence ? Un concept flou. *Psychologie, Neuropsychiatrie du vieillissement, 1*, 15-24.

Derouesné C. (2004). Le concept d'apathie : intérêt et limites. *Psychologie & Neuropsychiatrie du vieillissement*. volume II, numéro 1, 19-28, 4, Revue thématique : Motivation et sujet âgé.

Diener, E. et Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being, in Kahneman, D., Diener, E., Schwartz, N. (Eds), *Well-being : the foundations of hedonic psychology* (pp-213-229). New York, NY, US : Russell Sage Foundation.

Diener, E. D. et Suh, M. E. (1997). Subjective well-being and age : An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 17*.

Dorange, M. (2007). De passage en rupture. *Gérontologie et société, 121*, 31-43 (doi : Gs.121.0031).

Dubois, B., Feldman, H.H., Jacova, C., DeKosky, S.T., Barberger-Gateau, P., Cummings, J., Delacourte, A., Galasko, D., Gauthier, S., Jicha, G., O'Brien, J., Pasquier, F., Robert, P., Rossor, M., Salloway, S., Stern, Y., Visser, P.J. et

Scheltens, P. (2007). Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease : revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurology*, *6*, 734-746.

Dubois, B., Slachevsky, A., Litvan, I. et Pillon, B. (2000). The FAB, a frontal assessment Battery at bedside. *Neurology, 55*, 1621-1626.

Ebly, E. M., Hogan, D. B. *et al.* (1995). « Cognitive impairment in the nondemented elderly. Results from the Canadian Study of Health and Aging. » *Arch. Neurol., 52* (6) : 612-9.

Edelstein, B. et Kalish, K. (1999). Clinical assessment of older adults. In J. C. C. S. Whitbourne (Ed.), *Gerontology : An interdisciplinary perspective* (p. 269-304). New York : Oxford University Press.

Ehrenberg A. (1998). *La Fatigue d'être soi : dépression et société*, Odile Jacob.

Ehrenberg A. (1991). *Le Culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy.

Ellis, A. (1984). The essence of RET-1984. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 2*, 19-25.

Emanuel, E. J., Fairclough, D. L., Slutsman, J., Alpert, H., Baldwin, D. et Emanuel, L. L. (1999). Assistance from Family Members, Friends, Paid Care Givers, and Volunteers in the Care of Terminally Ill Patients. *N. Engl. J. Med., 341*, 956-963 (doi : 10.1056/nejm199909233411306).

Esquirol, E. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* (vol. I) : JB Baillière.

Evans, C. (2007). Cognitive-behavioural therapy with older people. *Advances in Psychiatric Treatment, 13*, 111-118 (doi : 10.1192/apt.bp.106.003020).

Fantini-Hauwel, C. (2009). Le rapport au corps et à la santé au cours du vieillissement. In L. Fernandez (Ed.), *Les Addictions du sujet âgé* (p. 171-180). Paris : In Press.

Fantini-Hauwel, C., Mikolajczak, M. (*under review*). Factor structure, evolution and predictive power of emotional competencies on physical and emotional health in the elderly.

Ferenczi, S. (1974). Pour comprendre les psychonévroses du retour d'âge, *Œuvres complètes* (vol. III, p. 150-155). Paris : Payot.

Fernandez, L. (2009). *Les Addictions du sujet âgé.* Paris : In Press.

Ferrey, G. et LeGouès, G. (2008). *Psychopathologie du sujet âgé.* Paris : Masson.

Ferrucci, L., Guralnik, J. M., Studenski, S., Fried, L. P., Cutler, G. B., et Walston, J. D. (2004). Designing Randomized, Controlled Trials Aimed

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

at Preventing or Delaying Functional Decline and Disability in Frail, Older Persons : A Consensus Report. *J. Am. Geriatr. Soc., 52*, 625-634.

Finlayson, R. E. (1995). Misuse of Prescription Drugs. *Substance Use & Misuse, 30*, 1871-1901.

Fischer, P., Jungwirth, S., Krampla, W., Leitha, T. et Tragl, K.H. (2011). Case reports. « Reversible » Alzheimer's disease ? *Journal of the American Geriatrics Society, 59*, 1137-1160.

Flicker, C., Ferris, S. H. et Reisberg, B. (1991). Mild cognitive impairment in the elderly : predictors of dementia. *Neurol., 41*, 1006-1009.

Flint, A. J. et Rifat, S. L. (1996). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a measure of severity of geriatric depression. *Int. J. Geriatr. Psychiatry, 11*, 991-994.

Folkman, S., Bernstein, L. et Lazarus, R.S. (2007). Stress processes and the misuse of drugs in older adults. *Psychology and Aging, 2*, 366-374.

Frankl, V. E. (1963). *Man's Search for Meaning : An Introduction to Logotherapy*, New York, NY : Washington Square Press.

Frankl, V. E., Crumbaugh, J. C., Gerz, H. O. et Maholick, L. T. (1967). *Psychotherapy and existentialism : Selected papers on logotherapy* : New York, Simon & Schuster.

Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions ? *Review of General Psychology, 2*, 300.

Frémont, P. (2004). Aspects cliniques de la dépression du sujet âgé. *Psychologie & Neuropsychiatrie du vieillissement, 2*, 19-27.

Freud, S. (1904). *La Technique psychanalytique*. Paris : PUF.

Freund, A. M. et Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management : correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging, 13*, 531.

Freund, A. M. et Baltes, P. B. (1999). *Selection, optimization, and compensation as strategies of life management : Correction to Freund and Bates, Psychology and Aging, 14 (4)*, 700-702.

Freund, A. M. et Baltes, P. B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization and compensation : Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*, 642.

Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., McBurnie, M. A. (2001). Frailty in Older Adults. *The Journals of Gerontology Series A : Biological Sciences and Medical Sciences, 56*, M146-M157 (doi : 10.1093/gerona/56.3.M146).

Fuhrer, R., Rouillon, F. (1989). La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale). Description

et traduction de l'échelle d'autoévaluation. *Psychiatr. Psychobiol., 4*, 163-166.

Gagey, J. (1989). Raisonner psychanalytiquement le vieillir. In Bianchi, H. et coll. (Ed.), *La Question du vieillissement : perspectives psychanalytiques* (p. 7-32). Paris : Bordas et Dunod.

Galland, F. et Jalenques, I. (2009). Schizophrénie et vieillissement. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique, 167*, 476-477.

Galland, F., Vaille-Perret, E. et Jalenques, I. (2005). Les troubles bipolaires chez le sujet âgé. *Psychol. Neuropsychiatr. vieill., 3*, 115-123.

Gallarda, T. et Loo, H. (2009). [Depression and the elderly]. *Encéphale, 35*, 269-280 (doi : 10.1016/j.encep.2008.10.013).

Gallez C. (2005). *Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées*. Rapport 466, France. http ://www.assembleenationale. fr/12/rap-off/i2454.asp.

Garrigos, L. (2010). L'identité et l'estime de soi chez la personne âgée : étude comparative entre institutionnalisation et soins à domicile. Mémoire de master. Aix-en-Provence : Université Aix-Marseille-1.

Gély-Nargeot, M.-C. (2012). Perd-on réellement la mémoire en vieillissant ?, *Biofutur*, *28* (295), 46-48.

Gély-Nargeot, M.-C., Bayard S. et Derouesné C. (2006). La plainte mnésique. In A.M. Ergis, C. Belin et O. Moreau (Eds). *Actualités sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques* (p. 631-656). Marseille : Solal.

Gély-Nargeot, M.-C., Derouesné C., Michel A. et Bayard S. (2007). La plainte mnésique du sujet âgé : un indicateur de vulnérabilité psychique. In Petersen A. et Michel B. (Eds.). *Mild Cognitive Impairment* (p. 145-159). Marseille : Solal.

Gély-Nargeot, M.-C., Derousené C., Selmes J. (2003). Enquête européenne sur l'établissement et la révélation du diagnostic de maladie d'Alzheimer. Étude réalisée à partir du recueil de l'opinion des aidants familiaux. *Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillissement, 1* (1) : 45-55.

Gély-Nargeot, M.-C., Raffard, S. (2010). Le vieillissement cognitif. In P. Charazac, *L'Aide-mémoire de psychogériatrie en 24 notions* (p. 65-91). Paris : Dunod.

Gély-Nargeot, M.-C., Raffard, S. (2013). Aux frontières des classifications du vieillissement neuropsychologique normal et pathologique, le cas de Mme AL, 76 ans. In L. Fernandez et A. Sagne, *Psychologie clinique du vieillissement : 15 études de cas*. Paris : éditions In Press.

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

Gernet, I. et Chekroun, F. (2008). Travail et genèse de la violence : à propos des soins aux personnes âgées. *Travailler, 20*, 41-59.

Giblin, S., Clare, L., Livingston, G. et Howard, R. (2004). Psychosocial correlates of late-onset psychosis : life experiences, cognitive schemas, and attitudes to ageing. *Int. J. Geriatr. Psychiatry, 19*, 611-623.

Gignac, M. A., Cott, C. et Badley, E. M. (2002). Adaptation to disability : applying selective optimization with compensation to the behaviors of older adults with osteoarthritis. *Psychology and Aging, 17*, 520.

Given, C. W., Given, B., Stommel, M., Collins, C., King, S. et Franklin, S. (1992). The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. *Research in Nursing & Health, 15*, 271-283.

Goffman E. (1963). *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*. Paris : Les éditions de Minuit.

Graham N., Lindesay J., Katona C., Bertolote J.M., Camus V., Copeland J.R., de Mendonca Lima C.A., Gaillard M., Gely-Nargeot M.-C., Gray J., Jacobsson L., Kingma M., Kuhne N., O'Loughlin A., Rutz W., Saraceno B., Taintor Z., Wancata J. (2003). Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders : a technical consensus statement, *Int. J. Geriatr. Psychiatry, 18* (8), 670-8.

Grayson, L. et Thomas, A. (2013). A systematic review comparing clinical features in early age at onset and late age at onset late-life depression. *J. Affect. Disord., 150*, 161-170 (doi : 10.1016/j. jad.2013.03.021).

Griner-Abraham, V. et Walter, M. (2008). À propos d'une psychopathologie de la démence. *NPG Neurologie, Psychiatrie-Gériatrie, 8*, 32-37.

Grober, E. et Buschke, H. (1987). Genuine memory deficits in dementia. *Dev. Neuropsychol., 3*, 13-36.

Gross, J. J., Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Tsai, J., Götestam Skorpen, C. et Hsu, A. Y. C. (1997). Emotion and aging : Experience, expression, and control. *Psychology and Aging, 12*, 590-599 (doi : 10.1037/0882-7974.12.4.590).

Guillaume, C. (2009). L'effet de positivité : un aspect intriguant du vieillissement. *Revue de neuropsychologie, 1* (3), 247-253.

Guillemard, A. (1972). *La Retraite, une mort sociale*. Paris : Mouton.

Guiot, D. (2001). Tendance d'âge subjectif : quelle validité prédictive ? *Recherche et applications en marketing, 16*, 25-43.

HAS Haute autorité de Santé. (2007). *Améliorer la prescription des psychotropes chez les sujets âgés*.

HAS Haute autorité de Santé. (2009). *Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation. Recommandations de bonne pratique*.

Havighurst, R. J. (1961). Successful Aging. *The Gerontologist, 1*, 8-13 (doi : 10.1093/geront/1.1.8).

Hayslip, B. et Caraway, M. L. (1989). Cognitive Therapy with Aged Persons : Implications of Research Design for Its Implementation and Evaluation. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 3*, 255-271.

Heaton, R., Chelune, G., Talley, J., Kay, G. et Curtiss, G. (1993). *Wisconsin Card Sorting Test Manual : Revised and Expanded*. Odessa, FL : Psychol. Assess. Resour.

Heckhausen, J. (1997). Developmental regulation across adulthood : primary and secondary control of age-related challenges. *Developmental Psychology, 33*, 176.

Hegeman, J. M., Kok, R. M., van der Mast, R. C. et Giltay, E. J. (2012). Phenomenology of depression in older compared with younger adults : meta-analysis. *Br. J. Psychiatry, 200*, 275-281 (doi : 10.1192/bjp.bp.111.095950).

Heisel, M. J., Duberstein, P. R., Lyness, J. M. et Feldman, M. D. (2010). Screening for suicide ideation among older primary care patients. *J. Am. Board Fam. Med., 23*, 260-269 (doi : 10.3122/jabfm.2010.02.080163).

Herfray, C. (1985). Vieillissement : identité, deuil et castration. *Bulletin de psychologie, 38*, 523-531.

Herman R.E., Williams K.N. (2009). Elderspeak's influence on resistiveness to care : focus on behavioral events. *Am. J. Alzheimers Dis. Other Demen., 24,* 417-788.

Herve, F. (1998). Souffrance psychique et toxicomanies. *Revue Toxibase, 4*.

Hodges J.R., Davies R., Xuereb J., Kril J., Halliday G. (2003). Survival in frontotemporal dementia. *Neurology*, *61* : 349-54.

Howard, R., Castle, D., Wessely, S. et Murray, R. M. (1993). A comparative study of 470 cases of early- and late-onset schizophrenia. *Br. J. Psychiatry, 163*, 352-357.

Howard, R., Rabins, P. V., Seeman, M. V., Jeste, D. V. (2000). Late-Onset Schizophrenia and Very-Late-Onset Schizophrenia-Like Psychosis : An International Consensus. *Am. J. Psychiatry, 157*, 172-178 (doi : 10.1176/appi.ajp.157.2.172).

Hsieh, H. F. et Wang, J. J. (2003). Effect of reminiscence therapy on depression in older adults : a systematic review. *International journal of nursing studies*, *40*, 335-345.

Hudon C., Belleville S., Souchay C., Gély-Nargeot M.-C., Chertkow H., Gauthier S. (2006). Memory for Item and Gist Information in

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

Alzheimer's Disease and Mild Cognitive Impairment. *Neuropsychology, 20* (5), 66-77.

Hummel, C. (2001). Représentations de la vieillesse chez des jeunes adultes et des octogénaires. *Gérontologie et société, 98*, 239-252.

Hummert, M. L., Garstka, T. A., Shaner, J. L. et Strahm, S. (1994). Stereotypes of the elderly held by young, middle-aged, and elderly adults. *Journal of Gerontology, 49*, P240-P249.

INPES (2010). Dossier de presse « Regards croisés sur la Maladie d'Alzheimer Grand public, aidants proches, aidants professionnels » (retrived in http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/10/dp100922-2.pdf).

INPES (2009). Dossier de presse « Le regard porté sur la maladie d'Alzheimer – résultat de 3 études pour mieux connaître la maladie », retrieved in http://www.inpes.sante.fr/700.

Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. New York : Plenum Press.

Izard, C. E. et Malatesta, C. Z. (1987). *Perspectives on emotional development I : Differential emotions theory of early emotional development*. John Wiley & Sons.

Jaconelli, A., Stephan, Y. et Chapman, B. P. (2013). Personality and Physical Functioning among Older Adults : The Moderating Role of Education. *Journal of Gerontology : Psychological Sciences and Social Sciences*, 68 (4), 553-557.

Jacus, J. P., Bayard, S., Raffard, S., Bonnoron, S. et Gely-Nargeot, M. C. (2012). Prise de décision dans le vieillissement normal et pathologique. *Gériatrie & Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement, 10* (4) : 437-44.

Jaques, E. (1997). Mort et crise du milieu de la vie. In R. Kaes (Ed.), *Crise, rupture et dépassement*. Paris : Dunod.

Jill, M. et Steve, I. (2010). Suicide in later life : public health and practitioner perspectives. *Int. J. Geriatr. Psychiatry,* (9999) (n/a. http://dx.doi.org/10.1002/gps.2473 doi : 10.1002/gps.2473).

Jodelet, D. (1984). *Représentations sociales : phénomènes, concepts et théorie*. Paris : PUF.

Johnson, D. F. et Pittenger, J. B. (1984). Attribution, the attractiveness stereotype, and the elderly. *Developmental Psychology, 20*, 1168-1172 (doi : 10.1037/0012-1649.20.6.1168).

Joosten-Weyn Banningh, L., Vernooij-Dassen, M., Olde Rikkert, M. et Teunisse, J.-P. (2008). Mild cognitive impairment : coping with an uncertain label. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23*, 148-154.

Jung, C. G. (1976). *Problèmes de l'âme moderne* : Buchet Chastel.

Katona, C. (2000). Managing depression and anxiety in the elderly patient. *European Neuropsychopharmacology, 10*, S427-S432.

Kerhervé, H., Gay, M. C. et Vrignaud, P. (2008). Santé psychique et fardeau des aidants familiaux de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique, 166*, 251-259.

Kite, M. E. et Johnson, B. T. (1988). Attitudes toward older and younger adults : a meta-analysis. *Psychology and Aging, 3*, 233.

Klerman, G. L., Dimascio, A., Weissman, M., Prusoff, B. et Paykel, E. S. (1974). Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *Am. J. Psychiatry, 131*, 186-191.

Knight, B. (2004). *Psychotherapy with older adults* : Sage.

Knight, B. G. et McCallum, T. J. (1998). Adapting psychotherapeutic practice for older clients : Implications of the contextual, cohort-based, maturity, specific challenge model. *Professional Psychology : Research and Practice*, *29* (1), 15.

Knopman, D.S., Jack, C.R., Wiste, H.J., Weigand, S.D., Vemuri, P., Lowe, V.J., Petersen, R.C. (2013). Neuronal injury are not dependent on β-amyloid in normal elderly. *Annals of Neurology*, sous presse.

Kobasa, S. C., Maddi, S. R. et Kahn, S. (1982). Hardiness and health : a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology, 42*, 168.

Kotter-Grühn, D., Kleinspehn-Ammerlahn, A., Gerstorf, D. et Smith, J. (2009). Self-perceptions of aging predict mortality and change with approaching death : 16-year longitudinal results from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging, 24*, 654.

Kral, V.A. (1962). Senescent forgetfulness : benign and malignant. *Canadian Medical Association Journal*, *86* : 257-260.

Krishna, M., Jauhari, A., Lepping, P., Turner, J., Crossley, D. et Krishnamoorthy, A. (2011). Is group psychotherapy effective in older adults with depression ? A systematic review. *Int. J. Geriatr. Psychiatry, 26*, 331-340 (doi : 10.1002/gps.2546).

Kroenke, K., Spitzer, R. L. et Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine, 16*, 606-613 (doi : 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x).

Kunzmann, U., Little, T. D. et Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox ? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging, 15*, 511.

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

Labouvie-Vief, G. (2003). Dynamic Integration : Affect, Cognition, and the Self in Adulthood. *Current directions in psychological science, 12*, 201-206.

Labouvie-Vief, G., Diehl, M., Jain, E. et Zhang, F. (2007). Six-year change in affect optimization and affect complexity across the adult life span : a further examination. *Psychology and Aging, 22*, 738.

Labouvie-Vief, G., Hakim-Larson, J. et Hobart, C. J. (1987). Age, ego level, and the life-span development of coping and defense processes. *Psychology and Aging, 2*, 286-293 (doi : 10.1037/0882-7974.2.3.286).

Labouvie-Vief, G. et Marquez, M. G. (2004). Dynamic Integration : Affect Optimization and Differentiation in Development. In D. Y. Dai et R. J. Sternberg (Eds.), *Motivation, emotion, and cognition : Integrative perspectives on intellectual functioning and development* (p. 237-272). Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.

Laditka, S. B., Corwin, S. J., Laditka, J. N., Liu, R., Tseng, W., Wu, B., Ivey, S. L. (2009). Attitudes about aging well among a diverse group of older Americans : implications for promoting cognitive health. *Gerontologist, 49,* suppl. 1, S30-39 (doi : gnp084 [pii] 10.1093/geront/gnp084).

Lai, C. K., Chi, I. et Kayser-Jones, J. (2004). A randomized controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with dementia. *International Psychogeriatrics*, *16* (01), 33-49.

Laidlaw, K. (2008). Post-Stroke Depression and CBT with Older People, in *Handbook of Behavioral and Cognitive Therapies with Older Adults* (pp. 233-248). New York : Springer.

Laidlaw, K., Thompson, L. W. et Gallagher-Thompson, D. (2004). Comprehensive conceptualisation of cognitive behavior therapy for late life depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 32*, 389-399 (doi : 10.1017/S1352465804001584).

Laidlaw, K., Thompson, L. W., Dick-Siskin, L. (2003). *Cognitive-Behavioural Therapy with Older People* : John Wiley & Sons.

Lambert-Laugier, N. (2010). Représentations de la vieillesse et éprouvé subjectif. Mémoire de master. Aix-en-Provence, université Aix Marseille-I.

Lang, F. R., Rieckmann, N. et Baltes, M. M. (2002). Adapting to Aging Losses Do Resources Facilitate Strategies of Selection, Compensation, and Optimization in Everyday Functioning ? *The Journals of Gerontology Series B : Psychological Sciences and Social Sciences, 57*, P501-P509.

Laroi, F., Sommer, I. E., Blom, J. D., Fernyhough, C., Ffytche, D. H., Hugdahl, K., Waters, F. (2012). The characteristic features of auditory verbal hallucinations in clinical and nonclinical groups : state-of-the-art overview and future directions. *Schizophr. Bull., 38*, 724-733 (doi : 10.1093/schbul/sbs061).

Larrieu, S., Letenneur, L., Orgogozo, J. M., Fabrigoule, C., Amieva, H., Le Carret, N., Dartigues, J. F. (2002). Incidence and outcome of mild cognitive impairment in a population-based prospective cohort. *Neurology, 59*, 1594-1599.

Lawton, M. P., Kleban, M. H. et Dean, J. (1993). Affect and age : cross-sectional comparisons of Structure and prevalence. *Psychology and Aging, 8*, 165.

Lebert, F., Pasquier, F., Souliez, L. et Petit, H. (1998). Frontotemporal behavioral scale. *Alzheimer Dis. Assoc. Disord., 12*, 335-339.

Leclerc, G., Couture, M. et Roy, J. (2003). Une théorie de l'adaptation à la retraite par l'ajustement des sources de sens. *Revue québécoise de psychologie, 24*, 53-70.

Leede-Smith de, S. et Barkus, E. (2013). A comprehensive review of auditory verbal hallucinations : lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals. *Front. Hum. Neurosci., 7*, 367 (doi : 10.3389/fnhum.2013.00367).

Le Gouès, G. (1991). *Le Psychanalyste et le vieillard*. Paris : PUF.

Le Gouès, G. (2000). *L'Âge et le principe de plaisir*, Paris, Dunod.

Le Gouès, G. (2001). La psychanalyse tardive. *Champ psychosomatique, 24*, 45-55.

Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Salanti, G. et Davis, J. M. (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia : a systematic review and meta-analysis. *Lancet, 379*, 2063-2071 (doi : 10.1016/s0140-6736 (12)60239-6).

Levy, R. (1994). Aging-associated cognitive decline. Working Party of the International Psychogeriatric Association in collaboration with the World Health Organization. *Int. Psychogeriatr., 6* (1) : 63-8.

Lin, E. H. B., Simon, G. E., Katzelnick, D. J. et Pearson, S. D. (2001). Does physician education on depression management improve treatment in primary care ? *Journal of General Internal Medicine, 16*, 614-619.

Magai, C., Consedine, N. S., Krivoshekova, Y. S., Kudadjie-Gyamfi, E. et McPherson, R. (2006). Emotion experience and expression across the adult life span : insights from a multimodal assessment study. *Psychology and Aging, 21*, 303.

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

Magai, C. et Nussbaum, B. (1996). *Personality change in adulthood : Dynamic systems, emotions, and the transformed self*. San Diego, CA : Academic Press.

Maisondieu, J. (1989). *Le Crépuscule de la raison. Comprendre pour les soigner les personnes âgées dépendantes*. Paris : Bayard.

Malatesta, C. Z., Izard, C. E., Culver, C. et Nicolich, M. (1987). Emotion communication skills in young, middle-aged, and older women. *Psychology and Aging, 2*, 193.

Malatesta, C. Z. et Wilson, A. (1988). Emotion cognition interaction in personality development : A discrete emotions, functionalist analysis. *British Journal of Social Psychology, 27*, 91-112.

Masse, M. et Meire, P. (2012). L'âgisme, un concept pertinent pour penser les pratiques de soins aux personnes âgées ?, *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement, 10* (3), 333-341.

McCubbin, H. I. et Patterson, J. M. (1983). The Family Stress Process – The Double ABCX Model of Adjustment and Adaptation. *Marriage & Family Review, 6*, 7-37.

McKeith, I. G., Dickson, D. W., Lowe, J., Emre, M., O'Brien, J. T., Feldman, H. (2005). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies : Third report of the DLB consortium. *Neurology, 65*, 1863-1872 (doi : 10.1212/01.wnl.0000187889.17253.b1).

Meeks, S., Looney, S. W., Van Haitsma, K. et Teri, L. (2008). BE-ACTIV : a staff-assisted behavioral intervention for depression in nursing homes. *Gerontologist, 48*, 105-114.

Meichenbaum, D. M. (1977). *Cognitive-behavior modification : An integrative approach*. New York : Plenum Press.

Meire, P. (2000). La vulnérabilité des personnes âgées. *Revue Nouvelle, 111* (5-6), 82-89.

Ménard J. (2007). Rapport au Président de la République. Pour le malade et ses proches. Chercher, soigner et prendre soin. Commission Nationale chargée de l'élaboration de propositions pour un plan national concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. France. http://www.destinationsante.com/IMG/pdf/RapportMenard%208.pdf.

Merckelbach, H., Jelikic, M. et Joncker, C. (2012). Planting a misdiagnosis of Alzheimer's disease in a person's mind. *Acta Neurosychiatrica*, *24* : 60-72.

Merleau-Ponty. (1936). *Le Primat de la perception,* Lagrasse, Verdier.

Merrick, E. L., Horgan, C. M., Hodgkin, D., Garnick, D. W., Houghton, S. F., Panas, L. *et al.* (2008). Unhealthy drinking patterns in older adults : prevalence and associated characteristics. *J. Am. Geriatr. Soc., 56*, 214-223.

Metcalfe, J. et Mischel, W. (1999). A hot/cool-system analysis of delay of gratification : dynamics of willpower. *Psychological review, 106*, 3.

Meulemans T. (2001). Rééducation du fonctionnement mnésique : perspectives actuelles. *Arobase, 5*, 1-2 ; 91-103.

Meyer, A. (1957). *A Science of Man.* IL : Springfield.

Mikolajczak, M., Brasseur, S. et Fantini, C. (2014). Measuring Intrapersonal and Interpersonal EQ : The Short Profile of Emotional Competence (S-PEC). *Personality and Individual Differences*.

Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I. et Nelis, D. (2009). *Les Compétences émotionnelles*. Paris : Dunod.

Mitchell, A. J., Bird, V., Rizzo, M. et Meader, N. (2010). Diagnostic validity and added value of the geriatric depression scale for depression in primary care : A meta-analysis of GDS< sub> 30</sub> and GDS< sub> 15</sub>. *Journal of Affective Disorders, 125*, 10-17.

Mitchell, A. J. et Subramaniam, H. (2005). Prognosis of depression in old age compared to middle age : a systematic review of comparative studies. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1588-1601.

Miyamoto, M., George, D.R. et Whitehouse, P.J. (2011). Government, professional and public efforts in Japan to change the designation of dementia (chihō). *Dementia, 10* : 475-86.

Moliner, P., Ivan-Rey, M. et Vidal, J. (2008). Trois approches psychosociales du vieillissement. Identité, catégorisations et représentations sociales. *Psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement, 6* (4), 245-257.

Montepare, J. M. (1996). Actual and subjective age-related differences in women's attitudes toward their bodies across the life span. *Journal of Adult Development, 3*, 171-182.

Montepare, J. M. (2009). Subjective age : Toward a guiding lifespan framework. *International Journal of Behavioral Development, 33*, 42-46.

Montross, L. P., Depp, C., Daly, J., Reichstadt, J., Golshan, S., Moore, D., Jeste, D. V. (2006). Correlates of Self-Rated Successful Aging Among Community-Dwelling Older Adults. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry, 14*, 43-51.

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

Moos, R. H., Brennan, P.L., Schutte, K.K. et Moos, B.S. (2005). Older adults' health and changes in late-life drinking patterns. *Aging & Mental Health, 9*, 49-59.

Morris, J. C. (2006). Mild Cognitive Impairment Is Early-Stage Alzheimer Disease : Time to Revise Diagnostic Criteria. *Arch. Neurol., 63*, 15-16 (doi : 10.1001/archneur.63.1.15).

Moss, K. S. et Scogin, F. R. (2008). Behavioral and Cognitive Treatments for Geriatric Depression : An Evidence-Based Perspective in *Handbook of behavioral and cognitive therapies with older adults* (p. 1-17).

Mroczek, D. K. et Spiro III, A. (2005). Change in life satisfaction during adulthood : findings from the veterans affairs normative aging study. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*, 189.

Mungas, D., Beckett, L., Harvey, D., Tomaszewski Farias, S., Reed, B., Carmichael, O. *et al.* (2010). Heterogeneity of cognitive trajectories in diverse older persons. *Psychology and Aging, 25* (3) : 606-19 (doi : 10.1037/a0019502).

Neary D., Snowden J.S., Gustafson L., Passant U., Stuss D., Black S., Freedman M., Kertesz A., Robert P.H., Albert M., Boone K., Miller B.L., Cummings J., Benson D.F. (1998). Frontotemporal lobar degeneration. A consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology, 51* : 1546-1554.

Nelson, C. J., Cho, C., Berk, A. R., Holland, J. et Roth, A. J. (2010). Are gold standard depression measures appropriate for use in geriatric cancer patients ? A systematic evaluation of self-report depression instruments used with geriatric, cancer, and geriatric cancer samples. *Journal of Clinical Oncology, 28*, 348-356.

Nelson, J. C. et Devanand, D. P. (2011). A systematic review and meta-analysis of placebo-controlled antidepressant studies in people with depression and dementia. *J. Am. Geriatr. Soc., 59*, 577-585 (doi : 10.1111/j.1532-5415.2011.03355.x).

Ngatcha-Ribert N. (2004). Maladie d'Alzheimer et société : une analyse des représentations sociales. *Psychol. Neuropsychiatr. Vieil. 2* : 49-66.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. et Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science, 3*, 400-424.

O'Connor, E., Gaynes, B. N., Burda, B. U., Soh, C. et Whitlock, E. P. (2013). Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care : a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine, 158*, 741-754 (doi : 10.7326/0003-4819-158-10-201305210-00642).

O'Connor, B. et Vallerand, F. (1994). Motivation, self-determination, and person€nvironment fit as predictors of psychological adjustment among nursing home residents. *Psychol. Aging, 9*, 189-194.

O'Connor, E. A., Whitlock, E. P., Beil, T. L. et Gaynes, B. N. (2009). Screening for depression in adult patients in primary care settings : a systematic evidence review. *Annals of internal medicine, 151*, 793-803 (doi : 10.7326/0003-4819-151-11-200912010-00007).

Ouwehand, C., de Ridder, D. T. D. et Bensing, J. M. (2007). A review of successful aging models : Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review, 27*, 873-884 (doi : http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.003).

Palmore, E. B. (1999). *Ageism : Negative and positive* : Springer Publishing Company.

Paquet, M. et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière (Québec). Service de connaissance/surveillance/recherche/évaluation. (2002). *Comprendre la logique familiale de soutien aux personnes âgées dépendantes pour mieux saisir le recours aux services*. Saint-Charles-Borromée, Québec.

Pasternak, R., Prigerson, H., Hall, M., Miller, M., Fasiczka, A., Mazumdar, S. et Reynolds, C. (1997). The posttreatment illness course of depression in bereaved elders. High relapse/recurrence rates. *Am. J. Geriatr. Psychiatry, 5*, 54-59.

Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J. et Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the Stress Process : An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontologist, 30*, 583-594 (doi : 10.1093/geront/30.5.583).

Pearlson, G. D., Kreger, L., Rabins, P. V., Chase, G. A., Cohen, B., Wirth, J. B., Tune, L. E. (1989). A chart review study of late-onset and early-onset schizophrenia. *Am. J. Psychiatry, 146*, 1568-1574.

Pennebaker, J. W. et Stone, L. D. (2003). Words of wisdom : language use over the life span. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 291.

Penninx, B. W., Geerlings, S. W., Deeg, D. J., van Eijk, J. T., van Tilburg, W. et Beekman, A. T. (1999). Minor and major depression and the risk of death in older persons. *Arch. Gen. Psychiatry, 56*, 889-895.

Péruchon, M. (2004). Identité et vieillesse. Point de vue métapsychologique. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement, 2*, 125-131.

Péruchon, M. (2006). Structure et destructuration à la sénescence. *Annales médico-psychologiques, 164*, 601-606.

Petersen, R. C. (1995). Normal aging, mild cognitive impairment, and early Alzheimer's disease. *The Neurologist*, vol. 1, p. 326-344.

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine, 256*, 183-194.

Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G. et Kokmen, E. (1999). Mild Cognitive Impairment : Clinical Characterization and Outcome. *Arch. Neurol., 56*, 303-308 (doi : 10.1001/archneur.56.3.303).

Petersen, R. C., Stevens, J. C. *et al.* (2001). Practice parameter : early detection of dementia : mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology, 56* (9) : 1133-42.

Petersen RC. (2009). Early diagnosis of Alzheimer's disease : is MCI too late ? *Curr. Alzheimer Res.,* vol. 6, n° 4, p. 324-330.

Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* : J. Ant. Brosson, libraire.

Pinquart, M., Duberstein, P. R. et Lyness, J. M. (2007). Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults : a meta-analysis. *Aging & Mental Health, 11*, 645-657.

Plassman, B. L., Langa, K. M., Fisher, G. G. *et al.* (2008). Prevalence of cognitive impairment without dementia in the United States. *Annals of internal medicine, 148*, 427-434.

Quadéri, A. (2009). Mémoire et souvenir dans la clinique du dément. *Cliniques méditerranéennes, 79*, 79-90 (doi : 10.3917/cm.079.0079).

Quadéri, A. (2003). La psychanalyse au risque de la démence. Le pari pascalien dans la clinique du dément. *Cliniques méditerranéennes, 67*, 33-52 (doi : 10.3917/cm.067.0033).

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale : A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.

Ragueneau-Le Ny, M. et Medjahed, S. (2009). Évolution du concept de mild cognitive impairment. *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie, 9*, 11-16.

Reker, G. T. et Wong, P. T. P. (1988). Aging as an individual process : toward a theory of personal meaning. In J. Birren et V. L. Bengston. (Eds.), *Emergent theories of aging* (p. 214-246). New York : Springer Publishing.

Revere, V. et Tobin, S. S. (1980). Myth and reality : The older person's relationship to his past. *The International Journal of Aging and Human Development, 12*, 15-26.

Reynolds, C. 3rd, Frank, E., Perel, J., Imber, S., Cornes, C., Morycz, R., Rifai, A. (1992). Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute

and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression : a preliminary report. *Am. J. Psychiatry, 149*, 1687-1692.

Reynolds, C., Frank, E., Perel, J. M., Imber, S. D., Cornes, C., Miller, M. D., Kupfer, D. J. (1999). Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression : a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA, 281*, 39-45.

Reynolds, C. F., Miller, M. D., Pasternak, R. E., Frank, E., Perel, J. M., Cornes, C., Kupfer, D. J. (2004). Treatment of Bereavement-Related Major Depressive Episodes in Later Life : A Controlled Study of Acute and Continuation Treatment With Nortriptyline and Interpersonal Psychotherapy. *Focus, 2*, 260-267.

Romo, R. D., Wallhagen, M. I., Yourman, L., Yeung, C. C., Eng, C., Micco, G., Smith, A. K. (2012). Perceptions of Successful Aging Among Diverse Elders with Late-Life Disability. *The Gerontologist*, 53 (6) (doi : 10.1093/geront/gns160).

Rost, K., Nutting, P., Smith, J., Werner, J. et Duan, N. (2001). Improving depression outcomes in community primary care practice. *Journal of General Internal Medicine, 16*, 143-149.

Rothbart, M. K., Ahadi, S. A. et Evans, D. E. (2000). Temperament and personality : Origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*, 122-135 (doi : 10.1037/0022-3514.78.1.122).

Rowe, J. W. et Kahn, R. L. (1987). Human aging : Usual and successful. *Science, 237*, 143-149.

Rowe, J. W. et Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist, 37*, 433-440 (doi : 10.1093/geront/37.4.433).

Rubin, D. C. et Berntsen, D. (2006). People over forty feel 20 % younger than their age : Subjective age across the lifespan. *Psychonomic bulletin & review, 13*, 776-780.

Rüsch, N., Angermeyer, M.C. et Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma : concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur. Psychiatry, 20* : 529-39.

Ryff, C. D. (1989). Beyond Ponce de Leon and Life Satisfaction : New Directions in Quest of Successful Ageing. *International Journal of Behavioral Development, 12*, 35-55 (doi : 10.1177/016502548901200102).

Saha, S., Scott, J., Varghese, D. et McGrath, J. (2012). Anxiety and depressive disorders are associated with delusional-like experiences : a replication study based on a National Survey of Mental Health and Wellbeing. *BMJ Open, 2* (doi : 10.1136/bmjopen-2012-001001).

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

Schröder J., Kratz B., Pantel J., Minnemann E., Lehr U., Sauer H. (1998). Prevalence of mild cognitive impairment in an elderly community sample. *J. Neur. Trans., 54*: 51-59.

Schulz, R. (1986). Successful aging: Balancing primary and secondary control. *Adult Development and Aging News, 13*, 3-4.

Segal, D. L., Coolidge, F. L., Cahill, B. S. et O'Riley, A. A. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) among community-dwelling older adults. *Behavior Modification, 32*, 3-20.

Seron, X., Rossetti, Y., Vallat-Azouvi, C., Pradat-Diehl, P. et Azouvi, P. (2008). La rééducation cognitive. *Revue Neurologique, 164*, S154-S163.

Serrano, J. P., Latorre, J. M., Gatz, M. et Montanes, J. (2004). Life Review Therapy Using Autobiographical Retrieval Practice for Older Adults With Depressive Symptomatology. *Psychology and Aging, 19,* 272-277.

Serretti, A., Lattuada, E., Cusin, C. et Smeraldi, E. (1999). Factor analysis of delusional disorder symptomatology. *Comprehensive Psychiatry, 40*, 143-147.

Shah, S., Schoenbachler, B., Streim, J. et Meeks, S. (2012). Antidepressant prescribing patterns in the nursing home: second-generation issues revisited. *J. Am. Med. Dir. Assoc., 13*, 406-e13.

Shibusawa, T. (2006). Older adults with substance/alcool abuse problem. In B. Berkman et S. D'Ambruoso (Eds.), *Handbook of Social Work in Health and Aging*. New York: Oxford University Press.

Simpson J. (2002). Elderspeak. Is it helpful or just baby talk? In The Know. http://www2.ku.edu/~masc/PDFfiles/Elderspeak.pdf.

Skoog, I. (2004). Psychiatric epidemiology of old age: the H70 study – the NAPE Lecture 2003. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*, 4-18.

Sonnen, J.A., Santa Cruz, K., Hemmy, L.S., Woltjer, R., Leverenz, J.B., Montine, K.S., Jack, C.R., Kaye, J., Lim, K., Larson, E.B., White, L., Montine, T. (2011). Ecology of the aging brain. *Archives of Neurology, 68*, 1049-1056.

Spuling, S. M., Miche, M., Wurm, S. et Wahl, H.W. (2013). Exploring the Causal Interplay of Subjective Age and Health Dimensions in the Second Half of Life. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 21*, 5-15.

Stephan, Y., Caudroit, J., Jaconelli, A. et Terracciano, A. (2013). Subjective age and cognitive functioning: A 10-year prospective study. *American Journal of Geriatric Psychiatry.*

Stephan, Y., Chalabaev, A., Kotter-Grühn, D. et Jaconelli, A. (2013). « Feeling Younger, Being Stronger » : An Experimental Study of Subjective Age and Physical Functioning Among Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B : Psychological Sciences and Social Sciences, 68*, 1-7.

Stephan, Y., Demulier, V. et Terracciano, A. (2012). Personality, self-rated health, and subjective age in a life-span sample : The moderating role of chronological age. *Psychology and Aging, 27*, 875-880 (doi : 10.1037/a0028301).

Steunenberg, B., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H. et Kerkhof, A. J. F. M. (2006). Personality and the onset of depression in late life. *Journal of Affective Disorders, 92*, 243-251.

Sullivan, H. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York, NY : Norton.

Terracciano, A., McCrae, R. R., Brant, L. J. et Costa Jr, P. T. (2005). Hierarchical linear modeling analyses of the NEO-PI-R scales in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Psychology and Aging, 20*, 493.

Thomé-Renault, A. (1994). Une théorie pulsionnelle du vieillissement. *L'Information psychiatrique, 4*, 329-335.

Toseland, R. W., McCallion, P., Gerber, T. et Banks, S. (2002). Predictors of health and human services use by persons with dementia and their family caregivers. *Social Science & Medicine, 55*, 1255-1266.

Tueth M.J. (2000). Exposing financial exploitation of impaired elderly persons. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*, *8* : 104-11.

Vaillant, G. E. (2002). *Aging well*. New York : Little, Brown.

Vaillant, G. E. et Mukamal, K. (2001). Successful aging. *American Journal of Psychiatry, 158*, 839-847.

Van der Linden, M., Coyette, F., Poitrenaud, J., Kalafat, M., Calicis, F., Wyns, C. et Adam, S. (2004). *L'Évaluation des troubles de la mémoire : présentation de quatre tests de mémoire épisodique avec leur étalonnage*. Marseille : Solal.

Van der Linden, M. et Juillerat, A. C. (2004). La revalidation neuropsychologique dans la maladie d'Alzheimer à un stade précoce : principes, méthodes et perspectives. *Revue neurologique*, *160* (4), 64-70.

Van der Linden, M., Juillerat, A. C. et Delbeuck, X. (1995). Prise en charge des troubles de la mémoire dans la maladie d'Alzheimer. *Neuropsychologie clinique des démences : Évaluations et prises en charge*. Marseille : Solal.

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

Van der Linden, A.C. et Van der Linden, M. (2010). Une autre manière de penser le vieillissement cérébral : pour une approche qui assume la complexité ! http://www.mythe-alzheimer.over-blog.com.

Van Schaik, A., Van Marwijk, H., Ader, H., Van Dyck, R., de Haan, M., Penninx, B., Beekman, A. (2006). Interpersonal psychotherapy for elderly patients in primary care. *Am. J. Geriatr. Psychiatry, 14*, 777-786 (doi : 10.1097/01.JGP.0000199341.25431.4b).

Van Wormer, K. et Davis, D. R. (2002). *Addiction treatment : a strengths perspective*. Wadsworth Publishing Company.

Voyer, P., Lauzon, S. et Collin, J. (2004). Amorce et maintien de l'usage de médicaments psychotropes chez l'aîné vivant en maison de retraite. *L'Infirmière clinicienne, 1*.

Walston, J. et Fried, L. P. (1999). Frailty and the older man. *Medical Clinics of North America, 83*, 1173-1194.

Watt, L. M. et Cappeliez, P. (2000). Integrative and instrumental reminiscence therapies for depression in older adults : Intervention strategies and treatment effectiveness. *Aging & Mental Health, 4,* 166-177.

Webster, J. et Grossberg, G. T. (1998). Late-Life Onset of Psychotic Symptoms. *American Journal of Geriatric Psych., 6*, 196-202.

Webster, J.D. et Haight, BK. (1995). *Critical advances in reminiscence work : From theory to application* (p. 44-60). Springer Publishing Co.

Weimann-Péru, N. et Pellerin, J. (2010). Le syndrome de glissement : description clinique, modèles psychopathologiques, éléments de prise en charge. *L'Encéphale, 32*, D1.

Weiss, D. et Lang, F. R. (2012). « They » are old but « I » feel younger : Age-group dissociation as a self-protective strategy in old age. *Psychology and Aging, 27*, 153.

Weissman, M. M. (2006). A brief history of interpersonal psychotherapy. *Psychiatric Annals, 36*, 553.

Westerhof, G. J., Barrett, A. E. et Steverink, N. (2003). Forever young ? A comparison of age identities in the United States and Germany. *Research on Aging, 25*, 366-383.

Weston, A.L., Weinstein, A.M., Barton, C. et Yaffe, K. (2010). Potentially Inappropriate Medication use in older adults with mild cognitive impairment. *Journal of Gerontology : Medical Sciences*, *65*(3), 318-321.

Whitehouse P.J., George D. (2009). *Le Mythe de la maladie d'Alzheimer, ce qu'on ne vous dit pas sur ce diagnostic tant redouté*. Marseille : Solal, traduit et préfacé par A.-C. Juillerat-Van der Linden et M. Van der Linden, 388 p.

Wiktorsson, S., Runeson, B., Skoog, I., Ostling, S. et Waern, M. (2010). Attempted suicide in the elderly : characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. *Am. J. Geriatr. Psychiatry, 18*, 57-67 (doi : 10.1097/JGP.0b013e3181bd1c13).

Wilkinson, P. (1997). Cognitive therapy with elderly people. *Age Ageing, 26*, 53-58.

Wilson, K. C., Mottram, P. G. et Vassilas, C. A. (2008). Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *Cochrane Database Syst. Rev.*, Cd004853 (doi : 10.1002/14651858.CD004853.pub2).

Winblad B., Palmer K., Kivipelto M., Jelic V., Fratiglioni L., Wahlund L.O., Nordberg A. *et al.* (2004). Mild cognitive impairment-beyond controversies, towards a consensus : report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *J. Intern. Med.*, vol. 256, n° 3, p. 240-246.

Wong, P.T. (1989). Personal meaning and successful aging. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 30*, 516-525 (doi : 10.1037/h0079829).

Wong, P.T. et Watt, L. M. (1991). What types of reminiscence are associated with successful aging ? *Psychology and Aging, 6*, 272.

Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M. et Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, *2*.

Yee, J. L. et Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers : a review and analysis. *Gerontologist, 40*, 147-164.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. et Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale : a preliminary report. *Journal of psychiatric research, 17*, 37-49.

Yesavage J.A., O'Hara R., Kraemer H., Noda A., Taylor J.L., Ferris S., Gely-Nargeot M.-C., Rosen A., Friedman L., Sheikh J., Derouesné C. (2002). Modeling the prevalence and incidence of Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Journal of Psychiatric Research*, *36* (5), 281-6.

Zigmond, A. S. et Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand., 67*, 361-370.

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

Index des notions

9-item Patient Health
Questionnaire (PHQ-9) 48

A

abus 133
accommodation 28
addictions 56
adulte vieillissant 17
adulte vieux 17
affectivité négative 35
âge subjectif 7
âgisme 128
aidant familial 143, 151
aidant professionnel 149, 151
alcoolisation 57
allure schizophrénique
d'apparition très tardive 62
anhédonie 43
antidépresseurs 50, 51
apathie 44, 97, 101
approches centrées
sur les troubles cognitifs 163
assimilation 28
attachement 16
attention 95
– divisée 95

B

batterie rapide
d'évaluation frontale 110
biais de positivité 124

C

capacités visuospatiales 81
cognition 75
compétences émotionnelles 35
complexité cognitivo-affective 29, 31
confusion mentale 65
coping 13, 28
crise 15
– identitaire 4

D

dégénérescences
fronto-temporales (DFT) 100
délire 62
démence à corps
de Lewy (DCL) 107
dépendance 56
dépression 40, 52, 97
– d'apparition tardive 41
dépressions délirantes 45
désinvestissement 18
désorientation spatiale 67
désorientation temporelle 67
désorientation temporo-spatiale 96
deuil 3, 120
– normal 5
– pathologique 5
développement adaptatif 27
développement du self 29
développement émotionnel 29
discriminations 131

E

échelle Caregiver Reaction
Assesment (CRA) 145
échelle de dysfonctionnement
frontal 105
émotions 8

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.

épisode maniaque 52
états maniaques 52
évaluation cognitive 76
évaluation des troubles dépressifs 47

F

fonctions exécutives 95
fonctions instrumentales 104
fragilité 12, 13, 14

G

geriatric Depression Scale (GDS) 48
gnosies 96

H

hallucinations 63
– mnésiques 71
– visuelles 66

I

identité 123
– sociale 125
infantilisation 142
inhibition 77
institution 141

L

langage 67, 81, 95

M

maintien à domicile 143
maladie d'Alzheimer 90, 111, 164
maltraitance 132, 134
– en institution 135
mémoire de travail 77, 79, 92
mémoire épisodique 79, 92, 105
mémoire implicite et procédurale 95
mémoire procédurale 80
mémoire sémantique 80, 93
méta-modèle de la sélection-optimisation-compensation (SOC) 27
modèle du double processus de régulation 28
motivations 26

N

narcissisme 3, 70
négligence 133

O

optimisation 26, 29

P

personality and subjective well-being 176
perspective existentielle 19
perte de la jeunesse 6
perte d'un proche 4
plainte mnésique 82, 84, 86
plaintes somatiques 42
post-Stroke Depression and CBT with Older People 184
principe de « dissociation » 75
principe de « modularité » 75
principe de « transparence » 75
psychanalyse 14
psychoéducation 64
psychose 60, 62
– chronique 59, 60
– tardive 63
psychothérapies 50

R

régression 17, 70
– narcissique 17
régulation des émotions 24, 25, 29, 35

réminiscence 157
représentation de soi 124
représentation sociale 122
représentations personnelles 122
réserve cognitive 82
résilience 10, 12
retrait 26
retraite 118
rétrospective de vie 157
risque suicidaire 55

S

schizophrénie 60, 62
schizophrénies tardives 61
sélectivité socio-émotionnelle 25
sens personnel 19
stéréotypes 131
stigmatisation 127
structures idéo-affectives 32
suicide 54
syndrome de glissement 18

T

test de Grober et Buschke 94
théorie de la sélectivité socioémotionnelle 27
théorie développementale de l'intégration dynamique cognitivo-affective 29
théorie développementale psychosociale 21
théorie différentielle des émotions 31
théorie différentielle-fonctionnaliste des émotions 32
théorie exécutivo-frontale 77
théorie globale 78
thérapies cognitives et comportementales 50, 56, 64, 160
thérapies interpersonnelles 156
thérapies par la réminiscence 157
tristesse 42, 43
trouble bipolaire tardif 51
trouble démentiel 68
troubles bipolaires 51
troubles cognitifs 65, 67, 70
troubles cognitifs légers 86
troubles de la conscience de soi et de l'environnement 66
troubles de la mémoire 67, 70
troubles de l'attention 67
troubles de la vigilance 66
troubles de l'humeur 39, 54, 67
troubles délirants d'apparition tardive 59
troubles du caractère 102
troubles du comportement social 102
troubles du cours de la pensée 62
troubles exécutifs 91, 103
troubles praxiques 96

V

vieillard 17
vieillissement normal 11
vieillissement pathologique 11
vieillissement réussi 11, 20
vitesse de traitement 77

© Dunod. Toute reproduction non autorisée est un délit.